



Territorial's dynamics and health care: localisation of primary care team in metropolitan France

Guillaume Chevillard

► To cite this version:

Guillaume Chevillard. Territorial's dynamics and health care: localisation of primary care team in metropolitan France. Géographie. Université Paris-Ouest-Nanterre-la-Défense, 2015. Français. NNT: . tel-01225027

HAL Id: tel-01225027

<https://hal.science/tel-01225027>

Submitted on 5 Nov 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NoDerivatives| 4.0 International License

Université Paris-Ouest-Nanterre-la-Défense
École doctorale : Milieux, cultures et sociétés du passé et du présent
Laboratoire Dynamiques sociales et recompositions des espaces,
axe enjeux sanitaires et territoires

Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de docteur en géographie

Guillaume CHEVILLARD

Dynamiques territoriales et offre de soins : l'implantation des maisons de santé en France métropolitaine

Sous la direction de Gérard Salem, professeur, université de Paris-Ouest-Nanterre-la-Défense

Soutenance le 30 octobre 2015

Membres du jury :

Véronique LUCAS-GABRIELLI, Directrice de recherche, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)

Pierre LOMBRAIL, Professeur, Université Paris 13

Stéphane RICAN, Maître de conférences, Université Paris-Ouest-Nanterre-la-Défense

Laurent RIEUTORT, Professeur, Université Blaise Pascal de Clermont-Ferrand

Gérard SALEM, Professeur, Université Paris-Ouest-Nanterre-la-Défense

Remerciements

Cette thèse est le résultat de la rencontre d'un certain nombre de personnes que je tiens à remercier chaleureusement.

Mon parcours de géographe a débuté à Lille en 2006. Alors inscrit en licence, deux professeurs, en particulier, ont grandement contribué à aiguïser ma curiosité de géographe. Merci donc à Frédéric Lescureux dont les anecdotes sur les « acteurs » en milieu rural m'ont donné une première esquisse du sens de territoire. Je souhaite aussi remercier Frédéric Dumont dont les cours sur les maladies tropicales et le sujet de mémoire de licence (gestion du risque d'épidémie dans l'agglomération lilloise) m'ont amené à m'intéresser à la géographie de la santé.

En 2009, me voilà inscrit au master de géographie de la santé à Nanterre ! Merci donc à Gérard Salem, qui suite à notre entretien m'y a accepté. Merci également pour le soutien lors de la présentation du projet de thèse au jury de l'ED et pour l'encadrement au cours de cette recherche.

Lorsque j'ai entamé ce master, la géographie de la santé s'articule alors autour de quelques concepts flous et assez éloignés les uns des autres : bassin de santé, zoonose, démographie médicale ou encore approche médicométrique ... il me restait donc du chemin à parcourir ! Je me suis progressivement focalisé sur les questions de démographie médicale. J'ai effectué mon stage à l'union régionale des médecins libéraux (URML) de Basse-Normandie, dont je tiens à remercier affectueusement toute l'équipe. En parallèle, j'ai réalisé un mémoire sur les zonages et l'offre de soins qui a réveillé chez moi la curiosité du chercheur. Ce fut aussi le début de ma collaboration avec Stéphane Rican que je remercie vivement pour sa patience (mes questions étaient parfois pas très claire ou très longues) et sa disponibilité depuis ce mémoire jusqu'à la fin de la thèse.

Je suis donc arrivé en M2 avec la volonté de réaliser une thèse à la fin de l'année, avec des questionnements sur les impacts des nouvelles formes d'exercice de médecine générale sur l'accessibilité aux soins. Ayant pris connaissance des travaux menés par l'Irdes, j'y vois une structure idéale pour développer ce projet. C'est suite à un cours animé par une certaine Magali, que je ne remercierai jamais assez, que je me suis approché de l'Irdes. J'y serai accueilli en février 2011 pour réaliser mon stage sur les maisons de santé pluriprofessionnelles. Un grand merci donc à Véronique, Julien et Yann pour la confiance qu'ils m'ont témoigné dès ce stage et qui a grandement participé à la qualité du projet de thèse. Mes remerciements également pour votre disponibilité, nos échanges et nombreuses collaborations au cours de cette recherche.

Après avoir présenté mon projet de thèse, j'ai du patienté tout l'été pour savoir si j'aurai ou non une allocation de recherche : le soulagement arrive en septembre !

C'est partie pour 3 ans de recherches ! Je suis accueilli à l'Irdes en parallèle de l'université de Nanterre. J'en profite pour remercier d'un bloc tous les irdessiens qui ont grandement contribué à mon intégration à la structure mais aussi à ma motivation quotidienne lors de ce marathon : merci donc aux géographes, statisticiens, économistes, médecins, documentalistes, graphistes, informaticiens, cuistots, jardiniers, stagiaires et footballeurs que j'ai croisé... bref merci !

La première année de thèse ressemble à celle d'une jeune pousse sortie du centre de formation de son club de football... on a envie de jouer tout de suite mais on nous dit qu'il faut faire ses preuves à l'entraînement ... soit, ça peut se comprendre. Ce sera donc surtout une année de lecture et de bricolage méthodologique ... marquée par 17 typologies différentes et la lecture de tous les rapports sur la démographie médicale. Je tiens, à ce sujet, à remercier chaudement « Ctrl F » pour le temps gagné lors de ces lectures. Pour rester dans les remerciements informatiques, « chapeau-bas » à Drew Houston, l'inventeur de *dropbox*, qui a enterré les allers retours entre clés USB et ordinateurs et, de la sorte, les 36 versions différentes d'un même document !

Lors de la deuxième année j'ai enseigné aux licences : un exercice stimulant et passionnant qui m'a grandement aidé notamment pour les présentations orales ! Cela se traduit par plus de temps passé à l'université dans le « bureau des garçons » ! Merci donc à Martin et Jérôme pour tous ces moments partagés en D403...J'en profite pour remercier également le « bureau des filles » (en E 319!) pour tous les échanges et moments de convivialité à Nanterre et en dehors ! La thèse apporte aussi son lot d'imprévus : les nouveaux bassins de vie de l'INSEE attendus pour décembre 2012, ainsi que les données consolidées du Sniiram 2012 m'obligeront à patienter un peu et mettront à mal mes 17 versions précédentes de typologies...

Puis vient la troisième année. Elle sera marquée notamment par la rédaction de deux articles et par des déplacements « sur le terrain ». J'en profite pour remercier tous les « acteurs » rencontrés pour leur disponibilité et nos échanges qui ont largement contribué à alimenter cette recherche. Ainsi, fin mai, tout le matériel qualitatif est compilé et c'est le début de la phase de rédaction ! Seulement, la version présentée fin septembre ne sera pas concluante... Je me réinscris ainsi pour une 4e année : événement qui modifiera probablement la qualité finale de la thèse !

Durant cette dernière année, je rejoins le Commissariat Général à l'Égalité des Territoires pour réaliser le bilan du plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural. Un grand merci à Maud pour la confiance témoignée et à tous mes collègues qui travaillent arduement pour l'égalité (ou l'équité ?!) des territoires.

Merci à Pierre Lombrail et Laurent Rieutort qui ont accepté d'expertiser ce travail et de participer au jury.

Je tiens à remercier tous mes proches, mes amis et ma famille qui ont fait semblant de s'intéresser aux maisons de santé, et à qui je continuerai de parler des « déserts médicaux ». Merci pour votre soutien, vos encouragements ainsi que pour vos relectures et conseils avisés.

Enfin merci à toi Marie pour ta patience, ta confiance et ton amour qui m'ont toujours porté.

Table des matières

Introduction.....	13
 Partie 1 Dynamiques spatiales et inégalités spatiales d’offre de soins en France : quels espaces fragiles et quels espaces défavorisés ?	21
Chapitre 1 Dynamiques spatiales en France métropolitaine : espaces fragiles et espaces défavorisés	23
Chapitre 2 Les pouvoirs publics face à certaines inégalités spatiales	43
Chapitre 3 Les inégalités spatiales d’offre de soins en France : éléments de cadrage	51
Chapitre 4 Offre de soins et droit à la santé : les mesures mises en place pour améliorer la répartition géographique des médecins	77
Conclusion de la première partie	101
 Partie 2 Analyse de l’implantation des maisons de santé à différentes échelles géographiques ..	103
Chapitre 1 Les outils de l’analyse spatiale.....	105
Chapitre 2 Cadre conceptuel et cadre méthodologique	113
Chapitre 3 L’implantation des maisons de santé à différentes échelles géographiques.....	121
Conclusion de la deuxième partie	155
 Partie 3 Les dynamiques territoriales à l’œuvre dans l’implantation des maisons de santé : approche qualitative	157
Chapitre 1 Dynamiques territoriales, acteurs et jeu d’acteurs : un état de l’art	159
Chapitre 2 Méthodologie de l’approche qualitative	163
Chapitre 3 Les dynamiques territoriales des maisons de santé dépendent de contextes différenciés	171
Chapitre 4 Des systèmes d’acteurs régionaux, départementaux et locaux animent les dynamiques territoriales des maisons de santé.....	193
Chapitre 5 Discussion	213

Conclusion de la troisième partie.....	215
Partie 4 Les maisons de santé au sein des dynamiques spatiales et territoriales d'offre de soins	217
Chapitre 1 Les connaissances sur les effets des maisons de santé et les méthodes d'évaluation d'un dispositif.....	219
Chapitre 2 Une méthodologie pour évaluer l'évolutions de l'offre de soins dans les espaces avec des maisons de santé et leurs effets locaux.....	225
Chapitre 3 L'évolution de l'offre de médecins généralistes libéraux avant et après la mise en place des maisons de santé dans les espaces français.....	229
Chapitre 4 Analyse des effets de la mise en place de maisons de santé dans différents territoires	249
Conclusion de la quatrième partie	271
Conclusion	275
Bibliographie.....	285
Table des annexes	307
Tables des illustrations	369

Introduction

Depuis le début des années 2000, l'état de l'offre de soins de premiers recours suscite de nouveau des préoccupations auprès des pouvoirs publics, des élus locaux et des professionnels de santé, comme en attestent de nombreux rapports officiels sur cette question (Descours, 2003 ; IGAS, 2004, Berland, 2005 ; Juilhard, 2007 ; Bernier 2008 ; Vallancien, 2010 ; Hubert, 2010 ; Bruguières, 2011 ; Maurey, 2013), des articles de presses nationales comme régionales et autres débats dans des médias radiophonique et télévisés. La création en 2003 d'un observatoire national dédié à la démographie des professions de santé en témoigne (ONDPS). De nombreux chercheurs se sont penchés sur ces questions, dès les années 1960, avec la création d'une société de démographie médicale en 1964 et l'édition d'une revue spécialisée : *Cahiers de sociologie et de démographie médicale* (Bui Dang Ha Doan, 1963). Après les travaux fondateurs de Picheral (1965), les recherches de géographes se sont développées (Tonnelier, 1984, 1991 ; Lucas et Tonnelier, 1995 ; Rican *et al.*, 1999).

La tension sur l'offre de soins n'a pour autant pas été anticipée. L'excédent de médecins est resté la question clé des pouvoirs publics jusqu'à la fin des années 1990. Ainsi, un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), publié en 1997, fait état d'un consensus sur un excédent de 20 000 médecins (Choussat, 1997). Ce n'est qu'au tournant des années 2000 que les projections en matière de démographie médicale prévoient une baisse prochaine du nombre de médecins (Niel, 2002) et s'alarme des « *risques de pénuries géographiques et disciplinaires dans les prochaines années* » (Berland, 2002). Des rapports quasi-annuels seront ensuite commandés par les pouvoirs publics pour dresser l'état de la démographie médicale en France et sa distribution sur les territoires. Le manque de médecins est souvent mis en avant, tandis que les inégalités de répartition géographique, bien qu'elles soient connues de longue date (Tonnelier, 1991), vont progressivement être détaillées.

Pour y remédier, les pouvoirs publics vont alors réagir en augmentant le nombre d'étudiants formés en médecine via le *numerus clausus*. Différents dispositifs, reposant principalement sur des mesures incitatives, seront ensuite mis en place pour attirer les médecins dans les zones moins dotées (Bourgueil *et al.*, 2007). D'abord individuelles, ces aides favoriseront par la suite l'exercice regroupé, puis l'exercice pluriprofessionnel, sous forme de maisons et pôles de santé.

Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) composées de professionnels de catégories variées (médicaux, auxiliaires médicaux, voir pharmaciens), ont une activité de soins de premiers recours sans hébergement. Souvent issues d'initiatives locales, ces structures se distinguent des cabinets de groupes traditionnels par leur caractère pluriprofessionnel et la formalisation d'un projet de santé, validée par l'Agence Régionale de Santé (ARS), visant à répondre aux besoins de soins de la population. On distingue deux types de maisons de santé : les premières dites « monosites » regroupent sur un même site tous les professionnels, tandis que les secondes, « multisites », sont constituées d'antennes correspondant à différents cabinets. Ces dernières sont plus couramment désignées sous le vocable de « pôles de santé ». **Dans la suite de ce travail, nous parlerons indistinctement de maisons de santé (MSP) pour désigner ces deux types d'organisation des soins.**

Actuellement ces structures sont en plein essor : l'observatoire des recompositions de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) en dénombrait 436 en 2014 contre 291 en 2012.

Les maisons et pôles de santé semblent répondre aux attentes de différents acteurs :

- l'assurance maladie les mobilise comme un moyen d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins pour le patient, notamment au travers d'une meilleure coordination entre professionnels,
- l'État vise le maintien d'une offre de soins dans les espaces fragiles,
- les élus locaux leur prêter la vertu d'attirer des médecins,
- et les jeunes généralistes voient un outil d'exercice correspondant à leurs attentes.

Ces structures ne sont néanmoins pas réparties uniformément sur le territoire national, ce qui questionne les logiques relatives à leur émergence et plus généralement à l'organisation du système de soins en France. Une approche géographique peut contribuer à cette compréhension. Il convient dès lors de rappeler quelques-uns des concepts de la géographie qui seront utilisés dans cette thèse.

La géographie, science sociale qui étudie l'espace

La géographie est une science qui étudie l'organisation, le fonctionnement et la production de l'espace au regard des sociétés humaines (Brunet *et al.*, 2005 ; Gumuchian, 2000 ; Lévy et Lussault, 2003). Si la géographie est composée de nombreuses approches, la démarche générale est commune et interroge les rapports entre espaces et sociétés. Elle a pour objectif d'expliquer les phénomènes observés, de comprendre le fractionnement de ceux-ci (Amat-Roze, 2011a ; Salem *et al.*, 2010). Dans cette optique, la géographie construit quelques concepts de base.

L'espace. Dans son acception la plus simple, il désigne une étendue de surface terrestre, « l'espace géographique », se démarquant par la prise en considération de l'œuvre humaine dont la compréhension suppose de le considérer simultanément comme support, produit et enjeu de rapports sociaux (Salem, 1995). Il est construit par le géographe et constitue un modèle de l'espace terrestre (Gumuchian, 2000).

Afin de construire cette modélisation, l'espace doit être appréhendé sous trois dimensions :

- Une spatiale renvoyant aux relations de proximité, contiguïté, continuité/discontinuité, distances et autres interactions associées à la position relative de chaque entité et leurs articulations (dynamiques socio-spatiales) ;
- une territoriale renvoyant à la gestion, l'appropriation, l'administration de ces espaces ;
- une locale renvoyant aux lieux et aux formes de construction identitaire (réseau et support social, façonnements de normes etc.) ;

L'espace est composé de **lieux** qui en sont les points de base (Brunet *et al.*, 2005), tous singuliers et se caractérisant par une situation géographique, des coordonnées, ou encore une histoire propre. Ces lieux fondent également les perceptions et les usages de l'espace, l'utilisation de ses ressources matérielles et sociales (Rican *et al.*, 2014).

Le territoire. Ce concept central de la géographie, mais aussi mobilisé par d'autres disciplines comme l'économie, la sociologie ou les sciences politiques n'a pas de définition unique. Comme le soulignent Lévy et Lussault (2003), une telle définition du concept risquerait de « bloquer » le territoire dans un sens restreint. Pour autant, quelques constantes se dégagent :

- la référence omniprésente au cadre spatial (Moine, 2006) ;
- le caractère à la fois ouvert sur l'extérieur et imbriqué : il peut être influencé par des territoires de niveaux supérieurs ou inférieurs possédant ainsi la propriété majeure de pluri-appartenance spatiale (Voiron-Canicchio, 2010) ;
- l'importance des formes d'appropriation et de socialisation de l'espace (Brunet *et al.*, 2005 ; Di Méo et Bulléon, 2005 ; Lévy et Lussault, 2003 ;) et donc l'indispensable compréhension des acteurs et du système social qui construisent et gèrent le territoire. Le territoire est donc une production sociale.

Le territoire peut être considéré comme composé de sous-systèmes : l'espace géographique et le système social, reliés entre eux par une boucle de rétroaction faisant du territoire un système (Moine, 2006).

Appliquée à notre recherche, l'approche géographique étudie alors l'implantation des maisons de santé selon leurs situations spatiales, leurs lieux, et selon les acteurs qui animent ces territoires. Les enjeux locaux sous-jacents et les effets de ces structures sont multiples. Ils peuvent être révélés par la compréhension des attentes des porteurs de projets et celle du contexte plus général dans lesquels s'inscrivent ces derniers (intercommunalité, département, région). L'attractivité du territoire auprès de médecins et de nouvelles populations, la concurrence entre professionnels de santé, la mise aux normes des locaux sont autant d'enjeux possibles.

Ainsi, l'approche géographique révèle la manière dont les maisons de santé s'insèrent dans un **espace, un territoire et un lieu** donnés et dont elles participent ou non à leurs dynamiques. Elle apporte de la sorte des connaissances originales sur ces structures et le fonctionnement de territoires.

Géographie médicale et géographie de la santé : une construction progressive

L'étude des maisons de santé, composante du système de soins de premiers recours, s'inscrit dans une démarche de géographie de la santé, dont l'historique permet de comprendre les enjeux disciplinaires ainsi que la place de cette recherche.

La géographie de la santé française a mis un certain temps à s'affirmer et à se construire. Cela peut s'expliquer par l'importance en France de l'explication des maladies par une approche biomédicale et

n'accordant ce faisant, que peu d'intérêt aux inscriptions spatiales, à leur explication géographique par l'espace et le lieu (Salem, 1995 ; Brillet, 1995). Par ailleurs, les pays anglophones ne semblent pas avoir connu ces difficultés, du fait sans doute d'une autre culture de santé publique (Ménard, 2002).

La géographie de la santé trouve ses origines dans des travaux fondateurs de « géographie des maladies » et/ou « géographie médicale », qui ont cherché à comprendre la répartition de maladies sur la terre. Elle s'inspire des travaux d'Hippocrate, de John Snow (1954), ou de Maximilien Sorre (1933) dont le concept de complexe pathogène, liant propagation des maladies et caractéristiques du milieu, trouvera un large écho. Le déplacement plus récent vers une géographie du système de santé, qui ne se réduit pas au seul système de soins, inscrit la santé dans une approche plus globale s'intéressant aux déterminants de la santé (Salem, 1995).

Henri Picheral (1989), pionnier de la géographie de la santé française, définit cette discipline comme « *l'étude spatiale de la qualité de la santé des populations, de leurs comportements et des facteurs de leur environnement qui concourent à la promotion ou à la dégradation de leur santé* ». Cette première définition présente néanmoins « *la discipline comme l'analyse spatiale de concepts et mesures définis par d'autres, négligeant ainsi sa valeur ajoutée* » (Salem et al., 2010).

La géographie de la santé ne consiste pas en une superposition des deux composantes : géographies des maladies et des soins. L'enjeu pour cette discipline est de décrypter les relations entre espaces et sociétés au prisme de la santé ou des faits de santé. C'est ainsi au travers de la santé ou de l'organisation du système de soins, des disparités et inégalités observées, reflets et moteurs de dynamiques territoriales, traduction des modes d'organisation et des pratiques de l'espace que la géographie de la santé y contribue (Picheral, 1995 ; Salem et al., 2010).

S'il subsiste toujours des travaux spécifiques aux soins ou aux maladies, la confrontation des deux dimensions avec l'espace apparaît désormais évidente, notamment dans l'étude des inégalités sociales et spatiales de santé (Vigneron, 2011, 2013 ; Salem et al., 2000, 2006 ; Rican et al., 2014).

Par ailleurs, il existe des éléments discordants classiques en géographie de la santé, comme dans toute démarche géographique, par la différenciation entre accents mis sur des méthodes quantitatives ou qualitatives (Ménard, 2002) pourtant complémentaires. L'étude de cas permettant par exemple de compléter les approches statistiques, pour une meilleure compréhension d'un phénomène observé (Curtis, 1995). A cette fausse dichotomie s'ajoute celle sur les échelles d'analyse : tandis que des travaux reposent surtout sur une approche nationale, d'autres privilégient une approche locale. Toutefois, l'articulation entre les deux s'impose de plus en plus souvent (Gumuchian, 2000).

En géographie de la santé, le système de soins a fait l'objet de nombreux travaux, cités ensuite. Il est une des composantes du système de santé, correspondant à l'ensemble des services qui fournissent des prestations à la population dans le but d'améliorer sa santé (Binder-Foucard et Velten, 2007). Il est mobilisé comme marqueur territorial des relations entre espaces et sociétés et peut être aussi considéré comme un des éléments de gestion du territoire dans une perspective d'égalité, d'équité ou d'efficacité (Coldefy, 2010).

L'organisation des soins en France repose sur plusieurs niveaux : les soins de premiers recours ou de proximité, puis celui des soins spécialisés. Les travaux géographiques sur l'offre de soins de premier recours sont assez nombreux et permettent d'y apporter une profondeur historique.

Des premières planches sur les évolutions départementales de densités de médecins depuis la fin du XIXe siècle (Tonnelier, 1991), aux travaux sur la localisation des médecins (Couffinhal *et al.*, 2002 ; Rican *et al.*, 1999 ; Tonnelier et Lucas, 2001), on dispose désormais d'atlas de la démographie mis à jour annuellement et de plus en plus précis (Cnom, 2007, 2013), ou d'indicateurs d'accessibilité aux soins multidimensionnels (Barlet *et al.*, 2012). S'y ajoutent plusieurs thèses de géographie dans différents territoires comme l'Auvergne (Barbat-Bussièrès, 2009), le Cantal (De Fontgalland, 2012), le Massif-Central (Schindler-Hamiti, 2012), ou l'Île-de-France avec une période historique importante (Alouis, 2013). A ces travaux, il convient d'ajouter ceux menés par les Agences Régionales de Santé (ARS) dans le cadre de l'élaboration du volet ambulatoire des Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS). La question des besoins de soins, si elle est de plus en plus évoquée dans les différents travaux, a mis un certain temps à émerger comme axe de recherche. Historiquement, les préoccupations ont davantage porté sur la nécessité de qualifier l'offre de soins, avant de mettre en corollaire la population concernée.

En France, plusieurs travaux monographiques ou articles questionnent les maisons de santé. Ils s'intéressent à leur place au sein du système de santé, aux acteurs intervenants (Delanoé et Offrey, 2011 ; Santé Publique, 2009), à leur fonctionnement ou à leur impact sur la qualité des soins (Afrite *et al.*, 2013 ; Afrite et Mousquès, 2014 ; Bourgueil *et al.*, 2009c ; Bourgueil et Mousquès, 2014 ; Fournier *et al.*, 2014) ou encore à l'élaboration du projet (De Haas, 2010 ; Depinoy, 2011). Des thèses de médecine générale complètent des travaux (*cf* parties 3 et 4).

Au cours de ce travail les maisons de santé sont mobilisées comme un marqueur de dynamiques spatiales et territoriales. Il convient de préciser qu'il s'agit d'un objet particulier et qui a évolué de manière significative entre le début et la fin de cette recherche. De manière quantitative, car les maisons de santé sont en plein essor, mais aussi de manière qualitative car des nouveaux statuts juridiques ont vu le jour et des éléments de connaissances supplémentaires ont été publiés, notamment sur les effets, le fonctionnement ou la qualification de ces structures (Afrite *et al.*, 2013 ; Afrite et Mousquès, 2014 ; Bourgueil et Mousquès, 2014 ; Fournier *et al.*, 2014 ; Fournier 2014 ; Huard et Schaller, 2014 ; Lombrail, 2014).

Cette recherche enrichit ainsi les connaissances sur le système de soins et apporte plusieurs innovations tant sur l'objet « maison de santé » que pour la discipline géographique. En effet, à notre connaissance, aucune étude globale ne porte sur l'ensemble des maisons de santé et sur leurs liens avec les recompositions spatiales d'offre de soins. Pareillement, leur étude, au prisme du territoire, de la manière dont elles émergent et dont elles contribuent en retour aux dynamiques territoriales, constitue un angle d'approche novateur dans leur description. Au sein de la discipline géographique, cette thèse étudie un élément du système de soins jusqu'alors non exploré à l'échelle nationale. Ce travail examine également un nouvel élément du système de soins, au regard de son émergence dans celui-ci, mais aussi de ses effets. Il participe de la sorte à renforcer les études, géographiques ou non, menées sur l'offre de soins de premiers recours et le système de soins en général.

Les maisons de santé sont au cœur d'enjeux sociaux, territoriaux et politiques que l'ancrage géographique permet d'étudier. Des questionnements légitimes émergent sur ces structures, qui sont par ailleurs soutenues financièrement par les pouvoirs publics.

Cette recherche porte sur la géographie des maisons de santé pluriprofessionnelles (**MSP**) et cherchera à répondre à ces questionnements :

- **dans quelle mesure l'espace (en tant que support et selon ses caractéristiques spatiales) et le territoire (au travers des acteurs qui le composent, des politiques à l'œuvre) influencent la localisation des maisons de santé ?**
- **En retour, de quelle manière l'implantation d'une maison de santé rejaillit sur le territoire en termes d'offre de soins, de jeu d'acteurs, ou d'attractivité ? De manière globale, permettent-elles d'améliorer l'offre de soins des espaces qui en sont dotés ?**

Pour y répondre, je démontrerai :

- que les maisons de santé sont préférentiellement implantées dans certains types d'espaces caractérisés par une fragilité de l'offre de soins, des besoins de soins plus élevés, et une situation géographique moins attractive, en lien avec la politique nationale qui cible ces espaces.
- Le rôle essentiel des acteurs territoriaux dans l'émergence et l'aboutissement de projets de MSP (professionnels de santé, élus locaux, acteurs régionaux).
- Que les MSP entraînent des recompositions territoriales sous forme de recompositions spatiales d'offre de soins mais aussi de rapports entre élus et professionnels.
- L'intérêt d'une définition pluridimensionnelle du concept d'espace fragile, à partir de l'exemple des MSP.

L'émergence, l'implantation et les effets des maisons de santé seront étudiés à différentes échelles géographiques à partir de méthode quantitative et qualitative.

Il s'agit d'abord de mettre en évidence différents « espaces fragiles » ou « défavorisés » existants en France, puis d'étudier spécifiquement ceux fragiles au regard de l'offre de soins (partie 1). Nous étudierons ensuite des dispositifs mis en place par les pouvoirs publics pour revitaliser les espaces fragiles et défavorisés, en insistant sur ceux concernant l'offre de soins, dont les maisons de santé font partie.

Au plan quantitatif, des typologies spatiales seront construites, des cartographies-SIG utilisées afin d'étudier les dynamiques spatiales des maisons de santé (partie 2). L'approche distingue, pour la construction des typologies et les zonages d'analyse, les espaces à dominante rurale (bassins de vie et communes) et les espaces à dominante urbaine (pseudo-cantons et communes). Ces typologies prennent en compte trois dimensions principales (offre de soins, caractéristiques des populations et

structures spatiales) permettant ainsi de discuter le concept d'espace fragile et d'espace défavorisé à partir des différents profils obtenus.

Ces approches sont complétées par plusieurs terrains en Lorraine et Midi-Pyrénées dans lesquels il s'agit d'étudier les dynamiques territoriales sous-jacentes à l'émergence des maisons de santé (partie 3) et leurs effets dans plusieurs territoires donnés (partie 4), en recueillant les témoignages des principaux acteurs concernés (professionnels de santé, élus etc.) à partir d'entretiens semi-directifs. Le choix des terrains vise à valider les hypothèses sur le rôle essentiel des acteurs et explorent ainsi différents contextes territoriaux : ceux où l'on s'attend à trouver des maisons de santé (zones fragiles et défavorisées), ceux où la présence d'une maison de santé est « surprenante » (zone aux besoins moindres) et ceux « silencieux » dans lesquels il n'y a pas de projets de maison de santé alors que l'on s'y attendrait.

L'évolution de l'offre de soins dans les espaces avec maisons de santé est étudiée sur le territoire métropolitain (partie 4) en la comparant à des espaces similaires sans maisons de santé, ceci avant et après la mise en place des maisons de santé. Cette évolution se fait selon plusieurs indicateurs : densités de médecins généralistes dans leur ensemble et celles de ceux de moins de 45 ans, distances temps au généraliste. Ce calcul en « différence de différences » (Donald et Lang, 2007 ; Imbens et Wooldridge, 2009) repose sur la définition « d'espaces cas » et « d'espaces témoins » à partir des profils spatiaux issus des typologies.

Partie 1 Dynamiques spatiales et inégalités spatiales d'offre de soins en France : quels espaces fragiles et quels espaces défavorisés ?

Cette partie questionne les concepts d'espaces fragiles et d'espaces défavorisés. En nous appuyant dans un premier temps sur les données de la littérature, nous chercherons à mieux cerner les différentes dimensions de ces concepts (chapitre 1). L'organisation de l'espace français, ses déséquilibres, ses dynamiques sont ensuite étudiés en lien avec l'accessibilité aux soins de premier recours (chapitre 2). Plusieurs indicateurs servant de marqueurs de fragilités spatiales ou de désavantage sont alors utilisés : le peuplement, la dynamique économique, la présence de services structurants et l'état de santé des populations. L'état et les dynamiques de l'offre de soins de médecins généralistes sont ensuite étudiés en France métropolitaine (chapitre 3), ainsi que le recoupement éventuel d'espaces désavantagés en offres de soins avec ceux repérés sur d'autres problématiques. Enfin, les mesures mises en place pour améliorer la répartition de l'offre de médecins généralistes libéraux seront étudiées, en particulier les maisons de santé qui apparaissent progressivement comme une solution possible pour attirer et maintenir des médecins dans les zones sous-dotées (chapitre 4).

Ces différents temps permettront d'avancer des propositions pour mieux cerner la notion d'espaces défavorisés ou fragiles en offre de soins. Cette étape permettra d'interroger l'implantation des maisons de santé à la fois en tant que révélateur des espaces défavorisées ou fragiles mais aussi en tant qu'acteur potentiel de gestion et d'aménagement de ceux-ci.

Chapitre 1 Dynamiques spatiales en France métropolitaine : espaces fragiles et espaces défavorisés

Pour mieux cerner ces espaces, et en définir l'éventuelle géographie, une revue de littérature sur les dynamiques socio-spatiales en France métropolitaine est menée. Les indicateurs ciblés permettent d'apprécier de manière dynamique les logiques d'organisation de l'espace français: le peuplement, l'emploi, l'accès aux services ainsi que l'état de santé des populations.

1.1 Dynamiques spatiales, espace fragiles, espaces défavorisés : des concepts aux sens pluriels

Pour Lévy et Lussault (2003) la dynamique spatiale renvoie à « *l'évolution d'un espace, ou l'évolution de la dimension spatiale d'une réalité, plus précisément, l'évolution d'un système spatial* ». Si ce concept est fortement associé à l'idée de mouvement, ou de développement, il recouvre aussi d'autres réalités comme le déclin ou la stagnation. Par exemple, un espace dont la densité de médecins stagne, alors qu'il est dans une région où elle en décline, ne connaît pas forcément une dynamique négative. Il est donc nécessaire de mener une analyse multiscalaire d'un espace donné, pour mieux le qualifier ainsi que sa dynamique. Cette qualification peut se faire à partir de différents adjectifs : à risque, défavorisée ou fragile.

Le vocable de « **zones à risque** » peut faire référence à l'aménagement du territoire et aux différents risques menaçant les populations : inondations, sismicité, littoraux, industries... Ces zones sont par exemple formalisées dans les plans de prévention des risques naturels ou technologiques. On parle aussi de « zone à risque » dans le cadre d'épidémie et dans la planification sanitaire (Seck *et al.*, 2012). Les « **zones défavorisées** » sont utilisées de manière plus large et peuvent faire référence à des territoires cumulant des difficultés comme dans le cadre de l'agriculture et de l'application de la PAC (Berriet-Sollicet *et al.*, 2009), de l'éducation avec les zones d'éducation prioritaire, ZEP, (Lorcerie, 2010), des fractures socio-spatiales urbaines (Bourdeau-Lepage et Tovar, 2013), ou de l'offre de soins (Rican et Vaillant, 2009).

En géographie, les « **zones fragiles** » peuvent notamment être assimilées aux zones peu peuplées et éloignées des grandes villes (Dubuc, 2004 ; Rieutort 1995). Elles ont un sens plus précis au regard de l'offre de soins puisque les Agences régionales de santé (ARS) définissent des zones fragiles en offre de soins dans leurs schémas d'organisation des soins (DGOS, 2012). Ces zones sont définies régionalement avec des critères propres et différents niveaux de fragilité.

Dans le cadre de notre problématique d'accès aux soins, les ressorts potentiels du désavantage ou de la fragilité sont aussi étroitement liés aux caractéristiques spatiales, sociales, économiques et sanitaires des espaces. L'addition de facteurs défavorables ou de fragilité distinguera ainsi les espaces entre eux.

Au cours de ce travail, nous retenons les concepts d'espaces défavorisés et d'espaces fragiles. Nous les définissons ainsi :

- les **espaces défavorisés** sont caractérisés par un ensemble de dynamiques défavorables (peuplement, économie, services, état de santé) et/ou par des situations géographiques moins favorables ;
- les **espaces fragiles** sont susceptibles de basculer dans une dynamique négative et présentant un degré de « défaveur » moindre que les espaces défavorisés.

Les espaces défavorisés ou fragiles sont aussi imbriqués dans des niveaux d'ordres différents, influençant leurs caractéristiques. De la sorte, l'addition de niveaux permet d'établir des degrés de fragilités ou de défaveur. En revanche, les formes de fragilités locales sont spécifiques et multiples et rendent complexe une hiérarchisation de la fragilité, dont l'appréciation est plus qualitative que quantitative.

Par exemple, des espaces ruraux éloignés des services, dont l'offre de soins est moyenne mais vieillissante, situés dans des régions en décroissance démographique ou en déclin économique, constituent des espaces défavorisés. Des espaces « similaires », mais dans un contexte régional plus favorable (vitalité économique et démographique) demeurent des espaces défavorisés mais, *a priori*, dans une moindre mesure.

1.2 Le peuplement : un marqueur de l'attractivité et de la vitalité des territoires, mais aussi de leur passé

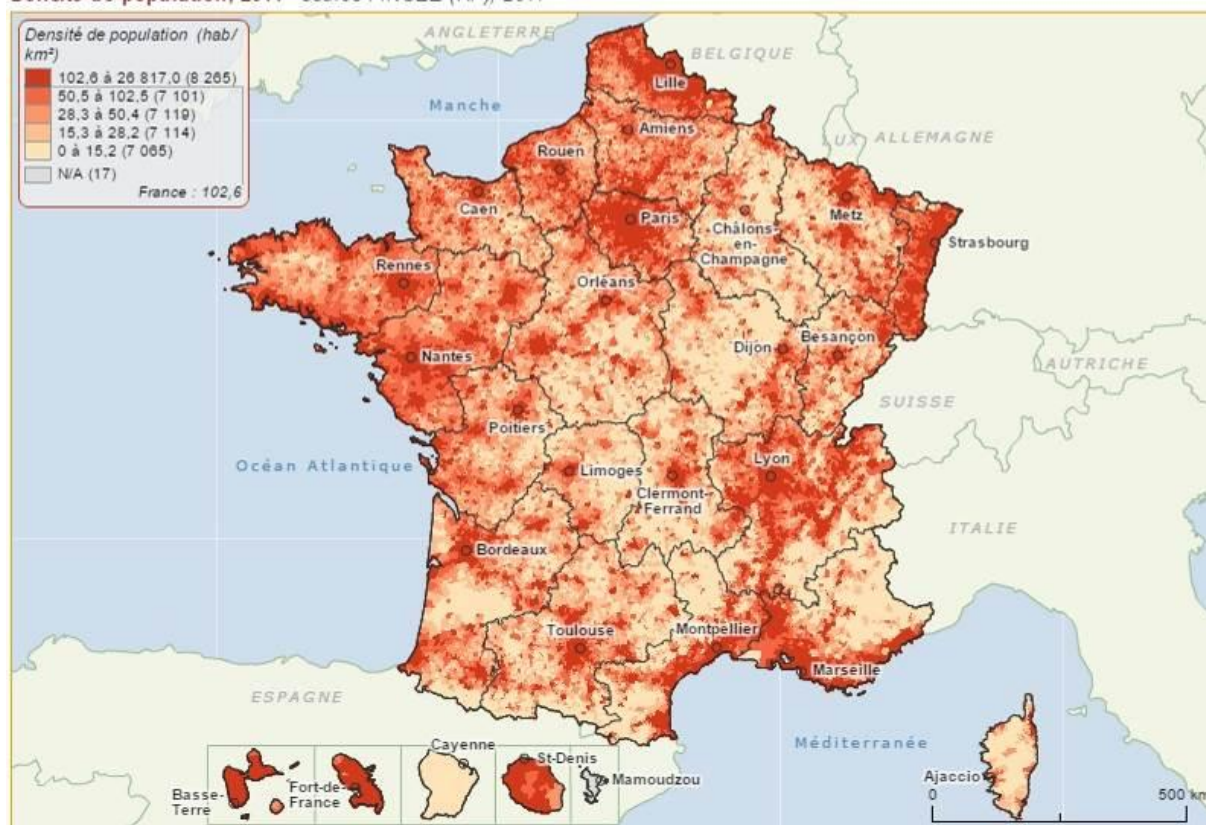
Le peuplement est l'état de la distribution de la population (dense, lâche...). Il peut notamment être étudié au prisme de la dynamique démographique qui se compose du solde naturel (nombre de naissances - nombre de décès) et du solde migratoire (nombre de personnes arrivées - nombre de personnes parties). Cette dynamique peut être positive (croissance de population), en stagnation, ou négative (dépeuplement), d'origine naturelle ou migratoire. L'étude de la dynamique démographique dans un cadre spatialisé permet de décrire, par exemple, l'évolution son peuplement (densification par exemple).

La population de France métropolitaine (Carte 1), majoritairement urbaine, est principalement concentrée dans les grandes villes et préfectures, sur les littoraux (atlantique et méditerranéen), le long des fleuves (Garonne, Rhône, Saône, Moselle, Loire, Seine, etc.), dans les espaces transfrontaliers (au Nord et à l'Est) et dans les anciennes régions industrielles nécessitant beaucoup de mains d'œuvre (Bassin minier du Nord-Pas-de-Calais, de la Moselle).

A l'inverse, il existe des zones faiblement peuplées comme les Landes ou les reliefs (Alpes, Pyrénées, Massif-Central ...), mais aussi une large diagonale centrale s'étirant des Landes aux Ardennes et souvent qualifiée de « *diagonale du vide* » (Clarimont *et al.*, 2006 ; Dumont, 2008). Des espaces peu peuplés entre les principaux pôles urbains apparaissent aussi : par exemple, il existe peu de grandes villes dans le voisinage immédiat de l'agglomération parisienne, ou entre les capitales régionales.

Carte 1 - Carte de la densité communale de population en France en 2011

Densité de population, 2011 - source : INSEE (RP), 2011



Le peuplement observé, est le résultat de peuplements hérités et de renouvellements des populations. Les flux de populations, à l'intérieur d'un pays ou entre pays, dont les causes sont diverses, voulues ou contraintes (travail, formation, retraite, exil, etc.), traduisent le caractère attractif et répulsif des espaces.

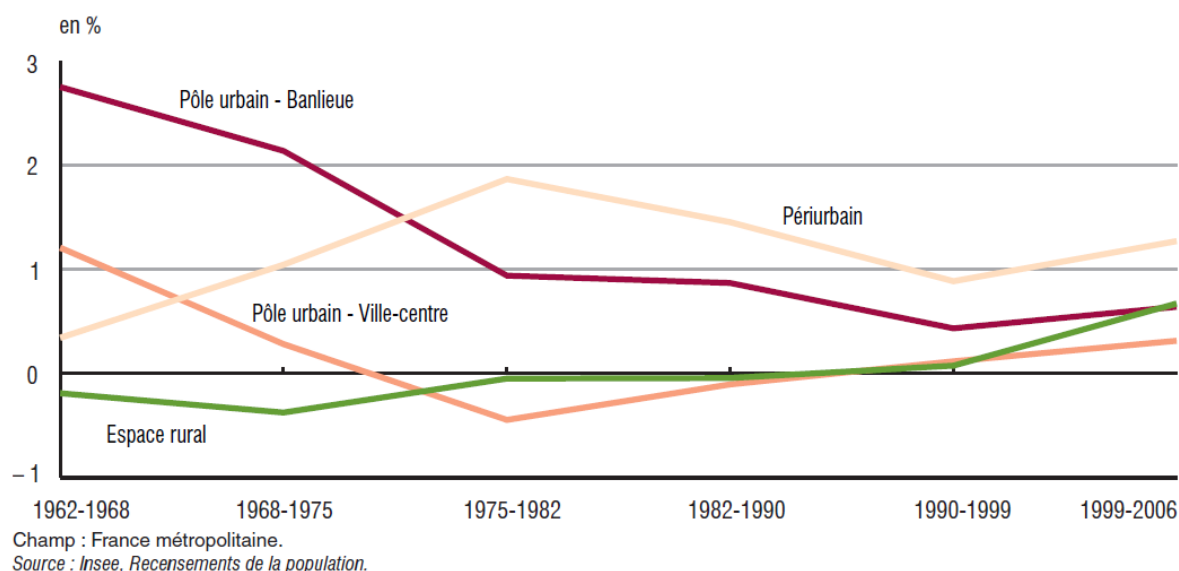
Dans la suite de ce chapitre, les dynamiques démographiques françaises seront étudiées sur une période conséquente pour faire ressortir les principales tendances de peuplement. L'analyse sera ensuite conduite au regard des soldes migratoires afin de faire ressortir des espaces attractifs, ou en déprise, ou aux dynamiques contrastées.

1.2.1 Les dynamiques de peuplement en France depuis deux siècles

Longtemps rurale, la population française est depuis 1931 majoritairement urbaine. Elle comptait un peu moins de 20 % de sa population dans les villes en 1806, contre désormais près de 80 % (Bergouignan, 2005 ; Guieysse et Rebour, 2012). Cette transformation trouve son origine dans un long mouvement d'exode rural accompagnant l'industrialisation et caractérisé par un départ massif de populations des campagnes vers les villes. Débuté au 19^e siècle, il s'est achevé à la fin des années 1960 (Merlin, 2007).

Les périphéries des villes vont ensuite capter l'essentiel de la croissance démographique, ou bien les campagnes proches des villes (Hirczak, 2011). Ce mouvement qualifié de **périurbanisation** connaîtra son apogée entre 1975 et 1990 et gardera une croissance vive par la suite (Bigard et Durieux, 2010). La périurbanisation est généralement expliquée par un déversement résidentiel de la population urbaine, ou par un effet de desserrement des fonctions urbaines (Poulot, 2008).

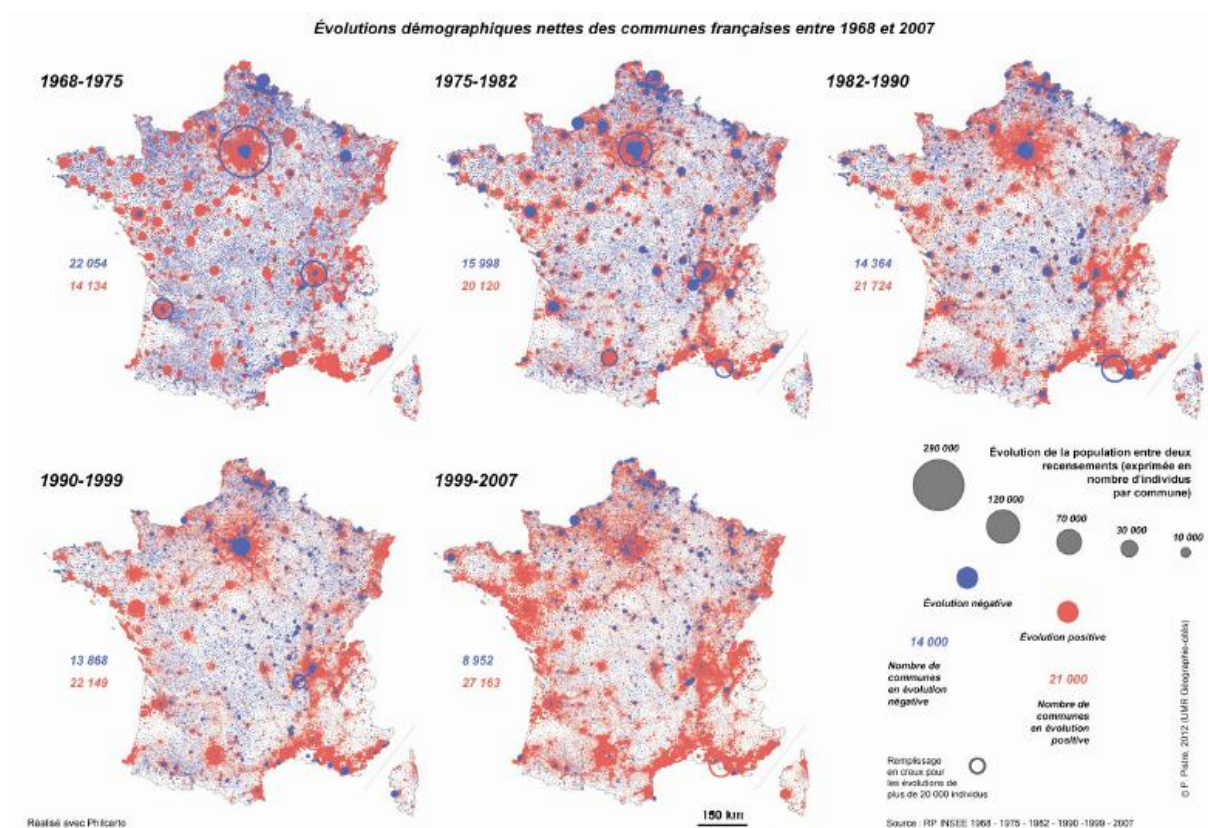
Figure 1 - Taux de croissance annuel moyen de la population en France selon le type d'espaces (Bigard et Durieux, 2010)



Si l'espace périurbain a connu la croissance la plus vive depuis 1975, l'espace rural, qui a le plus souffert de ces mouvements de population, a vu son exode de population prendre fin au milieu des années 1970, tendance confirmée par le recensement de 1990. Le peuplement rural va alors connaître une inflexion notable caractérisée par une reprise démographique faible puis prononcée, témoignant d'un plus fort attrait des espaces ruraux en particulier ceux à proximité des villes (Bigard et Durieux, 2010 ; Clanché, 2014 ; Datar, 2012 ; Guieysse et Rebour, 2012).

Plusieurs nuances nécessitent d'être apportées quant au « renouveau rural » décrit. D'une part ce repeuplement rural ne concerne pas l'ensemble des espaces, certains demeurant dans des périodes longues ou plus récentes de déprises (Pistre, 2013 ; Carte 2). D'autre part, ce regain en effectif est faible comparativement à l'ensemble de la croissance démographique française car les espaces ruraux sont moins peuplés. Enfin, l'urbanisation croissante a engendré un phénomène de **métropolisation**, qui peut être définie comme la tendance récente des grandes villes à devenir encore plus grandes (Wachter *et al.*, 2000) ou le processus de concentration de population et d'activités dans des ensembles urbains de grande taille (Brunet *et al.*, 2005). Cette métropolisation est aussi illustrée par les aires urbaines qui englobent la grande majorité de la population française (Brutel et Lévy, 2011) et la périurbanisation (Lagannier et Vienne, 2009) au détriment d'espaces initialement ruraux.

Carte 2 - Évolutions démographiques nettes des communes françaises entre 1968 et 2007 (Pistre, 2012)



1.2.2 Les dynamiques migratoires : des clés de lecture de l'attractivité des espaces

La dynamique démographique d'un espace analyse l'évolution de son solde naturel et de son solde migratoire sur une période donnée. Si le solde naturel différencie les espaces au regard de leurs fécondité, dessinant notamment une France de l'Est et du Nord féconde (Chalard, 2011 ; Clanché, 2014), le solde migratoire permet, lui, d'apprécier l'attractivité (Talandier, 2007 ; Vye, 2011). A travers ce prisme, une analyse des dynamiques énoncées précédemment met en évidence les espaces attractifs et répulsifs. L'attractivité pourrait se lire au travers d'autres indicateurs comme par exemple les demandes de poste des enseignants dont on sait qu'ils privilégient davantage les académies du Sud et de l'Ouest, puis celles du Sud-Est (Hilary et Louvet, 2013).

Depuis 1990, la croissance démographique est très favorable dans les régions du Sud et de l'Ouest et en particulier dans les départements du littoral atlantique et du pourtour méditerranéen, mais aussi en Île-de-France, notamment grâce au solde migratoire (Datar, 2012 ; Noin et Decroix, 2009 ; Vye, 2011). A l'inverse, neuf départements, essentiellement situés dans le Centre et le Nord-Est de la France (dont la Nièvre, le Cantal, la Creuse, les Ardennes), connaissent une baisse de leur population. Il se dessine ainsi un « fer à cheval » qui, à l'exception de la région francilienne, débute en Bretagne,

embrasse l'arc atlantique, passe par les régions Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon, puis gagne le Sud-Est et remonte jusqu'en Alsace (François-Poncet et Belot, 2008).

A une échelle plus fine, les bassins de vie périurbains comprenant la seconde couronne des grandes agglomérations et les bassins rurbains (situés entre les espaces périurbains et ruraux) apparaissent très attractifs entre 1999 et 2006 (Datar, 2012). Dans le même temps, les bassins de vie ruraux, dans leur ensemble, voient leur croissance principalement alimentée par le solde migratoire, synonyme de regain d'attractivité, tandis que la croissance des villes centres est faible et demeure principalement alimentée par le solde naturel (Bigard et Durieux, 2010).

Quatre périodes singularisent la démographie des campagnes françaises entre 1968 et 2007 (Pistre, 2012) : les périodes de crise, lorsque les soldes naturels et migratoires sont négatifs ; celles d'émigration, lorsque le solde naturel est positif et le solde migratoire négatif ; les périodes de reprise, lorsque le solde naturel est négatif et le solde migratoire positif ; et les périodes de revitalisation, lorsque les soldes naturels et migratoires sont positifs. Ces périodes définissent plusieurs types de trajectoires démographiques : les situations constantes de crise ou d'émigration, les trajectoires irrégulières à fins positives, les trajectoires irrégulières terminées en situation de crise ou en émigration et les espaces qui ont basculé dans des situations migratoires négatives alors qu'elles étaient positives sur le début de la période. Des espaces constamment « répulsifs » ressortent à l'instar de campagnes du Nord et de l'Est de la France, d'autres des constamment attractifs comme les campagnes des villes, ou encore des espaces répulsifs mais devenus attractifs comme les campagnes productives du sud et de l'ouest.

Le dépeuplement : un marqueur de fragilité

Le phénomène de dépeuplement n'est pas spécifique aux espaces ruraux et concerne aussi les villes et de toutes les tailles (Grossman, 2013 ; Olsen, 2013). Les « *shrinking cities* », ou « villes rétrécissantes », ont commencé à apparaître dans les années 1970 dans les pays développés, mais depuis les années 1990 ce phénomène semble plus global (Fol et Cunningham-Sabot, 2010). Les explications de ce déclin se trouvent dans quatre causes (Allemand, 2012) : la baisse de la démographie générale dans un occident vieillissant, la suburbanisation, le déclin industriel de certaines villes et la mondialisation excluant certaines régions périphériques. Dans ce dernier cas, on peut aussi parler de « *shrinking regions* » ou « *shrinking areas* ». Les « villes rétrécissantes » allemandes, « *schrumpfende Städte* » (Roth, 2011) et européennes font l'objet de recherches (Schlappa & Neill, 2013). En France, un quart des aires urbaines des villes moyennes ou petites sont en décroissance entre 1982 et 2007, en particulier dans l'Est et le Centre de la France dans des villes à dominante industrielle (Insee, 2011 ; Paulus, 2007).

Concernant les espaces ruraux, il convient de bien distinguer ceux perdant de la population de ceux peu denses, afin d'éviter que la densité faible ne devienne « une sorte de synecdoque de la déprise rurale et agricole » (Clarimont *et al.*, 2006). Les espaces peu denses et ceux en dépeuplement, peuvent être considérés comme fragilisés par un héritage de peuplement ou par le non-renouvellement des populations.

A l'aune des années 1980, l'avenir des espaces ruraux et de ceux peu denses fait l'objet de questionnements (Datar, 1981). Deux visions s'opposent alors : celle d'un déclin et celle d'une renaissance. Les scénarios les plus pessimistes y voient une crise du rural condamné à devenir par endroit désertique (Béteille, 1981, 1994 ; Lévy, 1994). Tandis que d'autres voient le début d'une renaissance rurale dans le repeuplement de certains espaces (Kayser, 1996, 1997).

La faible densité n'est pas synonyme de déprise

Les zones de faible densité décrites précédemment à l'instar des zones montagneuses, des grandes plaines agricoles céréalières prospères (Beauce, Brie, Champagne-Berrichonne) ou des campagnes agricoles en crise, correspondent à la « France du vide », ou aux déserts français décrits par Roger Béteille (1981). Ces espaces ne sont pas forcément tous en dépeuplement ou synonyme de cela. De nos jours, les espaces cumulant faible densité et dépeuplement, sont principalement situés le long de la « diagonale du vide » (Clarimont *et al.*, 2006).

La Datar a imaginé des scénarios de visages possibles de la France en 2040 pour plusieurs systèmes spatiaux dont les espaces peu denses (Barthe et Milian, 2011). Ainsi parmi les sept *scenarii*, les auteurs imaginent notamment des espaces volontairement désertifiés afin de produire de la nourriture et de l'énergie pour les villes. Les populations seraient alors très faibles et la plupart des services concentrés dans les villes. Néanmoins, d'autres *scenarii* leur donnent une place davantage équilibrée au sein de l'espace français.

1.2.3 Illustration : les espaces ruraux en dépeuplement entre 1999 et 2009 sont davantage défavorisés

Afin de mieux cerner les tendances récentes par bassins de peuplement et espaces de vie, nous avons mené une analyse sur la période 1999-2009, à l'échelle des bassins de vie, particulièrement adaptés à l'étude du milieu rural (Julien, 2007). Elle concerne les bassins de vie de l'espace à dominante rurale, définis comme ceux dont le pôle n'est pas un grand pôle urbain. L'espace à dominante urbaine connaissant une relative croissance démographique depuis plus de 50 ans n'est pas intégré dans cette analyse.

Ainsi définis, la France métropolitaine compte **1 414 bassins de vie à dominante rurale** (cf. Annexe 6), regroupant un tiers de la population (20,9 millions). Ils sont en moyenne peuplés de 14 768 habitants, ont une densité de population de 83 habitants au km², inférieure à la moyenne nationale. Ils ont eu un taux de croissance annuel moyen de leur population de 0.9 % entre 1999 et 2009.

Les bassins de vie en dépeuplement sont peu denses et principalement situés le long de la « diagonale du vide »

On compte 187 **bassins de vie en dépeuplement**. Ils représentent 2,5 millions d'habitants, soit 12 % de la population de l'espace à dominante rurale et 4 % de la population métropolitaine. Ils sont en moyenne peuplés de 13 236 habitants et ont une densité faible de 56,6 habitants au km².

Les bassins de vie en déprise démographique sont principalement situés dans les régions du Limousin, de l'Auvergne, du sud du Centre, de la Bourgogne (Nièvre, plateau de Langres, Châtillonnais, Tonnerrois), de la Champagne Ardennes (Argonne, « pointe de Givet ») et la Lorraine (sud des Vosges) ainsi que la Thiérache, recouvrant en partie la « diagonale du vide » (Carte 3). Ces différents espaces correspondent soit à des reliefs entraînant un certain enclavement (Massif-Central, Vosges, mont d'arrhées...), soit à des plaines agricoles peu denses. Sans surprise, ils ne concernent pas ou très peu les littoraux (à l'exception d'une partie de la Haute-Normandie et de la Côte d'Opale). Ces résultats rejoignent ceux mettant en évidence une déprise persistante dans les espaces ruraux du nord et l'est de la France (Pistre, 2013).

Les bassins de vie en dépeuplement se singularisent par des indicateurs défavorables : une population davantage vieillissante, aux plus forts besoins de soins et un plus grand éloignement aux services.

Les tranches d'âges des populations les plus âgées et donc des retraités (plus de 65 ans) y sont plus représentées que dans le reste des autres espaces (23,5 % de plus de 65 ans contre 19,2 %). De plus, les populations y ont un état de santé moins bon que la moyenne : l'espérance de vie est moindre (79,2 ans contre 80,2 ans), la mortalité prématurée est plus forte (229 contre 201,8 pour 100 000 habitants) ainsi que la mortalité évitable liée au système de soins (84,3 contre 76 pour 100 000 habitants). Ces caractéristiques témoignent, entre autres, d'un plus fort besoin de soins des populations y résidant. De plus, les populations se singularisent par des indicateurs socio-économiques plus défavorables que la moyenne pouvant témoigner d'une plus grande fragilité : la part de bacheliers est inférieure, les revenus médians des ménages sont moindres, le taux de chômage légèrement plus élevé et la proportion de personnes âgées vivant seules aussi.

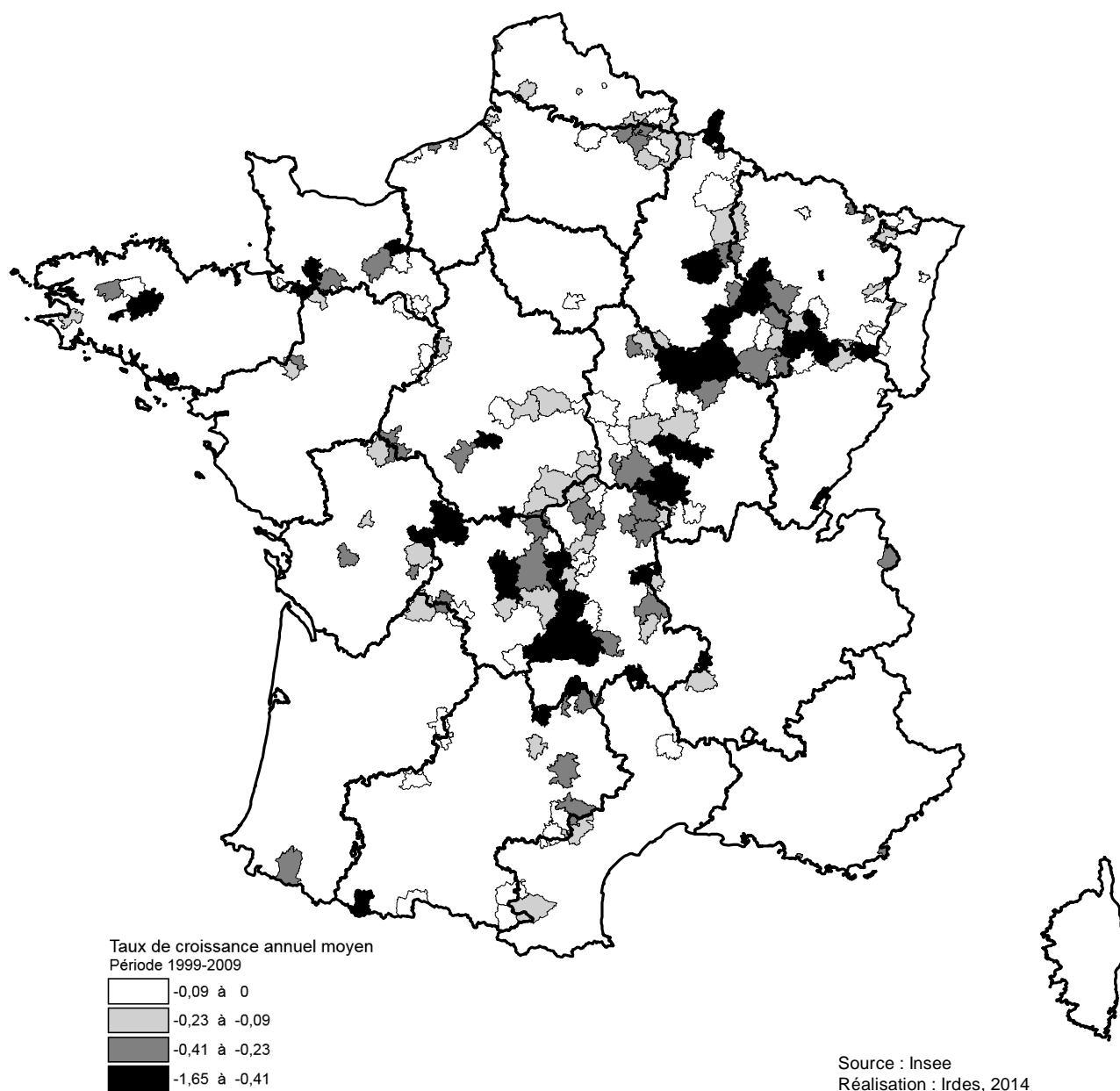
Ces espaces se caractérisent aussi par un plus fort éloignement de la population aux pôles de services de proximité, intermédiaires et supérieurs. Par ailleurs, la part de ménages sans voitures y est supérieure à la moyenne. Ce cumul y pose la question de l'accessibilité aux services pour certaines populations.

Cette étude montre des situations plus défavorisées dans les espaces en dépeuplement et l'intérêt du peuplement comme marqueur de fragilité ou « défaveur » territorial. Pour autant, ils sont analysés au regard d'indicateurs « moyens ». Une analyse selon leurs départements révèle de nouvelles spécificités et témoigne des diversités de situations et fragilités observées. Par exemple, l'Aveyron présente une espérance de vie meilleure, un plus faible taux de chômage et un nombre de personnes âgées plus importants, tandis que ceux de l'Aisne et du Nord se caractérisent par un

moins bon état de santé et un taux de chômage plus élevé. Les espaces ruraux des départements au caractère plus montagneux (Vosges, Puy-de-Dôme, Aveyron) ont des distances d'accès aux pôles de services plus importantes.

Au regard de notre problématique, les espaces ruraux en dépeuplement constituent un bon exemple d'espaces défavorisés, illustré par la combinaison d'indicateurs défavorables

Carte 3 - Bassins de vie de l'espace à dominante rurale en dépeuplement entre 1999 et 2009, selon le taux de croissance annuel moyen de la population



1.2.4 Les dynamiques de peuplement varient selon les méthodes utilisées

Nous avons vu plusieurs exemples de dynamiques de peuplement faisant ressortir notamment des espaces attractifs ou en dépeuplement. Il convient de rappeler que la méthode utilisée est déterminante.

Par exemple, il est couramment utilisé le seuil de 2 000 habitants pour distinguer les communes urbaines et rurales. Ce seuil, certes discutable (cf. chapitre 2), s'il est déplacé à 5 000 habitants révélera des dynamiques démographiques différentes et moins défavorables à l'espace rural et aux petites villes comme l'ont montré certains auteurs (Guieysse et Rebour, 2012).

L'évolution de la densité de population est un autre critère pour apprécier le peuplement. Ainsi, il apparaît qu'entre 1962 et 2006 le nombre de départements de densité très faible est passé de 16 à 30 (par rapport à la moyenne nationale), principalement regroupés le long d'un « méridien central » allant des Pyrénées aux Ardennes (Dumont, 2008). Cet exemple montre un renforcement relatif des espaces peu denses et donc un accroissement des écarts avec les espaces plus denses.

Comme pour tout autre indicateur étudié, l'échelle d'analyse jouera sur le phénomène observé, principe du « *modifiable area unit problem* » ou « MAUP » (Samarasundera *et al.*, 2012). Par exemple, au sein d'une région attractive comme le Languedoc-Roussillon, des dynamiques internes plus contrastées apparaissent à échelle plus fine. Différents types d'espaces ressortent (littoral, plaine, arrière-pays), dont les plus attractifs sont ceux situés en périphérie des villes (Abrantes *et al.*, 2010).

1.2.5 L'attractivité spatiale dépend de facteurs multiples

L'étude du peuplement a révélé des espaces plus attractifs auprès des populations comme les littoraux ou encore le sud-ouest. D'autres définitions plus complètes ne se contentent du seul critère de peuplement pour définir l'attractivité d'un espace donné. Les facteurs de cette attractivité apparaissent pluriels.

Ainsi, l'attractivité d'un espace peut être définie comme « *sa capacité à attirer et à retenir des activités nouvelles et des facteurs de production, c'est-à-dire des entreprises et leurs emplois, mais aussi des populations et leurs revenus, qu'il s'agisse de résidents permanents ou de touristes* » (Labosse, 2010).

Les composantes de l'attractivité sont multiples : l'environnement économique, les réseaux de transport, la présence d'une main-d'œuvre qualifiée ou bon marché, le cadre naturel et la qualité de vie, la proximité d'une ressource naturelle, l'image des territoires et de leur passé ... (Labosse, 2010), ou encore les services de santé, la téléphonie mobile, internet aujourd'hui essentiels à la population (Bertrand, 2014).

L'éloignement des villes et des aménités en découlant (services, emplois, commerces), joue aussi un rôle dans l'attractivité résidentielle, touristique et économique des territoires (Dubuc, 2004). Ainsi,

les espaces enclavés apparaissent moins attractifs. Ils correspondent aux espaces profondément ruraux qui connaissent les densités de populations les plus faibles et un vieillissement important de la population et regroupent 6 % de la population française pour 30 % des communes (Hilal, 2013).

La présence de services permet d'attirer des populations (résidents, touristes), de capter des revenus, les faire circuler et alimenter le développement local (Talandier, 2013). La densité et la diversité des équipements sont corrélées à l'attractivité résidentielle et touristique des territoires : on observe ainsi davantage de communes suréquipées dans les espaces les plus attractifs (côte atlantique, littoral et arrière-pays méditerranéen, Alpes), tandis que les espaces moins attractifs (Est, Nord, Moselle, Jura, Piémont pyrénéen) apparaissent sous-dotés (Talandier, 2013). De la même manière, la densité des équipements est décisive dans les choix d'affectations et de résidence des fonctionnaires de l'État et accroît la difficulté de recrutement pour les postes situés dans les territoires les moins favorisés (Cour des comptes, 2013).

L'attractivité d'un lieu dépend aussi de sa situation géographique relative : une petite ville en milieu rural aura plus d'influence et sera plus attractive si elle est davantage éloignée des grandes villes (Dubuc, 2004). En zone urbaine, qui cumule des éléments d'attractivité (équipements, emplois), l'attractivité des espaces se lira à des niveaux plus fins selon d'autres critères comme la présence de transports publics, ou le degré de précarité du quartier (Pan ké shon, 2009).

Enfin, l'attractivité des territoires dépend des politiques conduites, des capacités à innover ou à renouveler la valorisation des atouts préexistants, de l'inventivité de leurs ressources humaines et de la qualité de la gouvernance territoriale (Dumont et Chalard, 2010), c'est-à-dire des acteurs qui l'animent (cf. partie 3 et 4).

1.3 La localisation des services et des équipements

Les services et équipements sont des facteurs importants de structuration et d'attractivité de l'espace (Insee, 2003). La compréhension de leurs logiques de localisation sont nécessaire pour comprendre comment ils participent ou sont les reflets de dynamiques spatiales.

1.3.1 *Services, équipements, commerces, pôles de services*

Les **équipements** sont les « *installations (réseau, bâtiments) qui permettent l'exercice de l'activité économique et sociale et plus spécifiquement de services collectifs (à l'usage des particuliers ou des entreprises). On distingue des équipements d'infrastructures (sur le sol, dans le sous-sol, notamment tous les réseaux) et de superstructure (bâtiments). On les différencie par leur aire de desserte et leur niveau d'implantation (local régional) ou encore par les caractéristiques de leur fréquentation* » (Wachter et al., 2000).

L'Insee recense dans la base permanente des équipements (BPE), la composition communale en services et équipements selon **sept grands domaines** : les services aux particuliers ; les commerces ; l'enseignement ; la santé ; les transports et déplacements ; les sports, les loisirs et la culture ; et le

tourisme. Parmi eux, se distinguent les services marchands et les services non-marchands incluant des services de santé, d'éducation, d'actions sociales ou administratives.

L'Insee distingue **trois gammes de services** parmi les domaines énoncés : la gamme de proximité, celle intermédiaire et celle supérieure (cf. annexes). La gamme de proximité comprend par exemple la boulangerie, la poste, le coiffeur, l'épicerie, l'école, le médecin généraliste ou l'infirmier. La gamme de services intermédiaires comprend notamment le collège, la librairie, la trésorerie, le vétérinaire, le supermarché ou le collège. La gamme de services supérieurs comprend des services et équipements plus rares tels le lycée, l'hypermarché, les spécialistes médicaux, ou les établissements de courts et moyens séjours.

Ces gammes permettent de définir les **pôles de services**. Ainsi une commune est pôle de service d'une gamme donnée quand elle possède au moins la moitié des équipements de cette gamme. Ainsi, pour être un pôle de service de proximité il faut disposer d'au moins 15 des 29 services de proximité en 2011.

1.3.2 La localisation des services : cadre théorique et étude de cas

1.3.2.1 Le cadre théorique classique

L'étude de la localisation des services a longtemps été inspirée par un cadre conceptuel classique reposant sur la théorie de la base (Hoyt, 1940) et sur la théorie des lieux centraux (Christaller, 1933). La théorie de la base postule que la croissance d'un territoire dépend d'un secteur exportateur. La théorie des lieux centraux suppose que la présence de biens et services diffère d'une ville à l'autre en raison de leur portée et des seuils d'apparition de l'offre (Mérenne-Schoumaker, 1999). Ce cadre conceptuel a ensuite été remis en question par l'amélioration des transports et une nouvelle hiérarchie urbaine liée à la métropolisation et la globalisation. Néanmoins, il subsiste des liens étroits entre la hiérarchie urbaine et l'ordre des fonctions de commerce et de service, les plus grandes villes disposant d'une palette de services plus large et spécialisée que les petites villes (Mérenne-Schoumaker, 1999).

1.3.2.2 Localisation selon les types de services

La localisation dépendra ensuite du type de service. Ainsi, pour les services publics, qui relèvent d'un besoin d'intérêt général, intégrant la continuité, l'égalité et la mutabilité, la localisation devra privilégier la desserte des populations d'un territoire donné en assurant l'égalité d'accès aux services, ce qui se traduit par l'élaboration de normes d'équipements dans le domaine sportif, scolaire ou sanitaire (Mérenne-Schoumaker, 1999), et la volonté d'en établir un maillage qui puisse servir de support à l'égalité devant les services publics (Wachter *et al.*, 2000). La localisation des services publics suit aussi la hiérarchie urbaine, mais, à l'échelle infra-urbaine, des nouvelles localisations apparaissent dues à l'éclatement des polarités, comme avec la constitution d'universités en dehors des villes (Mérenne-Schoumaker, 1999).

Les services marchands ont une localisation différente, guidée par une logique de rentabilité et prenant donc en compte la demande, la concurrence, les fournisseurs, l'accessibilité, etc. Par ailleurs,

au regard de la répartition géographique de la population, les services qui apparaissent le plus en adéquation sont en premier lieu les pharmacies, puis les coiffeurs, les médecins généralistes et les boulangeries (Barlet et Colin, 2009), tous des services marchands.

La fréquence d'utilisation des services joue également sur leur localisation. Par exemple, les magasins qui vendent des produits de première nécessité, consommés et renouvelés fréquemment par les ménages, maillent plus finement le territoire (Solard, 2009).

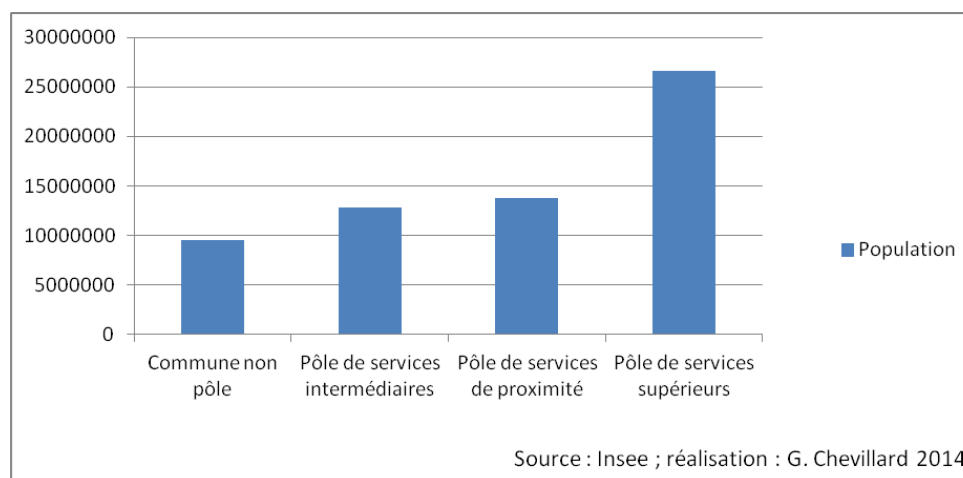
Les différents types d'espace français, urbains, ruraux, périurbains se distinguent par leur degré d'équipement. Il apparaît de la sorte des dichotomies entre centres et périphéries : les villes centres des pôles urbains et ruraux étant les espaces les mieux équipés en service et les espaces périurbains étant sous-équipés depuis longtemps (Caille, 1982 ; Mordier, 2010 ; Talandier, 2013). L'espace rural est moins doté pour les gammes de services les plus spécialisés, pour la gamme des services intermédiaires, les petites villes décrochent comparativement aux moyennes et grandes villes. En revanche, les petites villes offrent une diversité de choix équivalente à celle des villes moyennes et grandes pour les services du quotidien (Talandier, 2013).

1.3.2.3 Illustration : localisation des pôles de services en France métropolitaine

La répartition géographique des pôles de services suit celle de la hiérarchie urbaine (Carte 4). Cependant, des pôles de services supérieurs apparaissent surprenants au vue de la taille de la commune mais le sont moins au regard de leur situation géographique (faible densité de population du territoire), comme c'est cas pour Laigle en Basse-Normandie. De manière générale certaines régions et départements ont un maillage moins dense en pôles de services, notamment : la Meuse, la Champagne-Ardenne, la Côte d'Or, la Nièvre, la Haute et la Basse-Normandie, l'Ardèche, le piémont pyrénéen, la Corse, l'arrière-pays du Languedoc-Roussillon. *A contrario*, la Bretagne apparaît bien maillée, les Alpes, ainsi que les zones fortement peuplées : grandes agglomérations, littoraux atlantiques et méditerranéens, bassins miniers du Nord-Pas-de-Calais et de la Lorraine, vallée du Rhône ou l'Alsace.

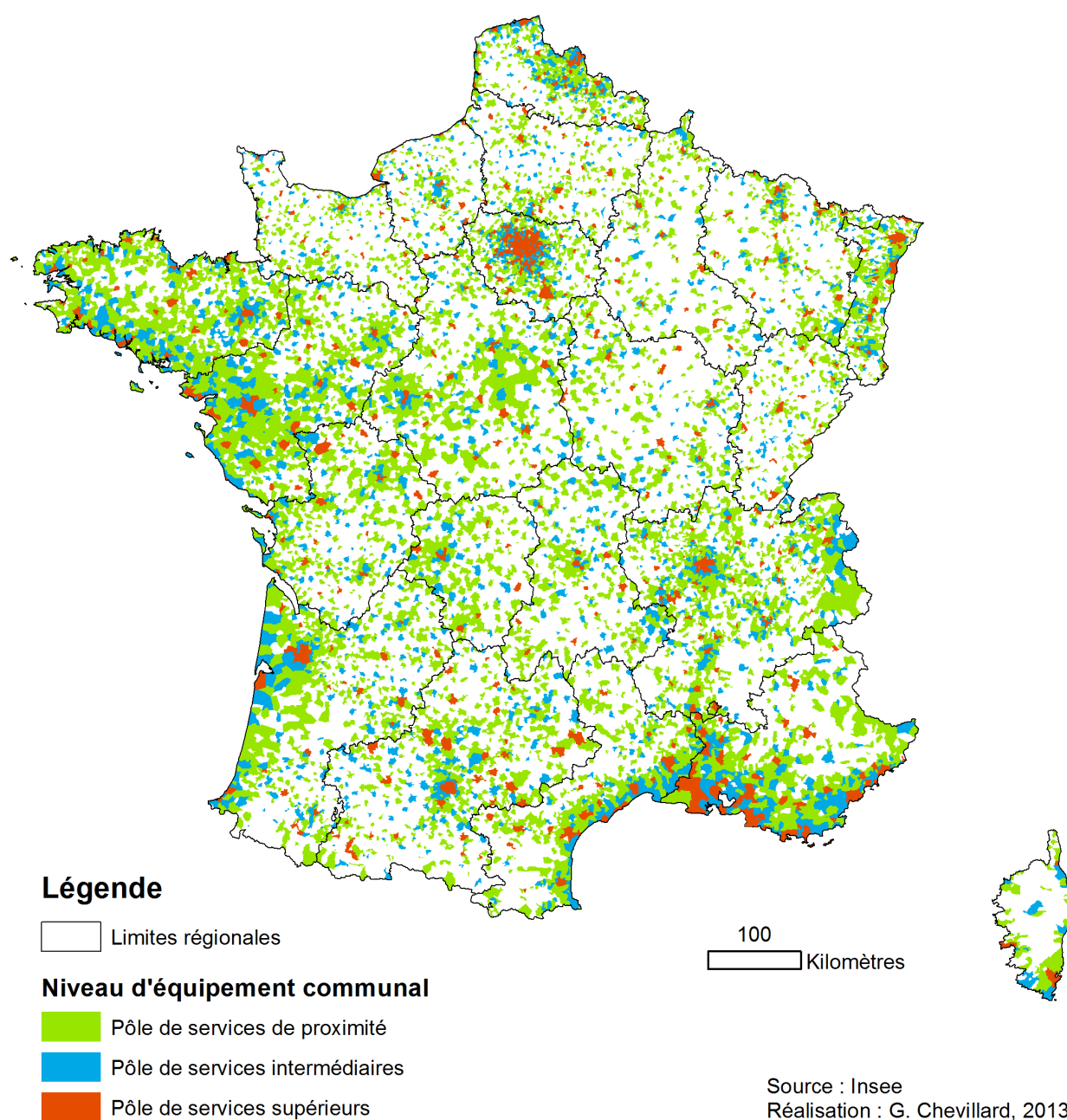
Les communes qui ne sont pas pôles de services¹ regroupent un peu plus de 9,5 millions d'habitants soit près de 15 % de la population métropolitaine réparties dans 72 % des communes. Les pôles de services de proximité sont peuplés de 12,8 millions d'habitants (20 % de la population et 20 % des communes), ceux intermédiaires de 13,7 millions (22 % de la population 6 % des communes) et les ceux supérieurs de 26,7 millions (42 % de la population et 2 % des communes).

Graphique 1 - Nombre d'habitants selon les pôles de services



¹ Pour autant cela ne signifie pas qu'elles n'ont aucun service

Carte 4 - Types de communes selon leur niveau d'équipements et services en 2011



1.3.3 Les dynamiques spatiales des services ont joué en défaveur des espaces ruraux

L'implantation ou la fermeture de services au sein d'un espace donné accompagnent les dynamiques globales dans lequel s'inscrit celui-ci. La dynamique des services va notamment de pair avec celle de la population, comme cela a été observé dans certains bourgs perdant des services suite au dépeuplement rural (Dubuc, 2004). L'exode rural a eu des effets secondaires sur les services

(dépeuplement par déficit naturel des générations suivantes, diminution de la population active, vieillissement de la population, augmentation du coût des équipements publics...) qui ont abouti à un certain retard des campagnes (Merlin, 2007). Ce phénomène a pu être accentué dans les espaces ruraux par la restructuration des services au public au profit des zones plus peuplées (Delga, Morel-à-l'Huissier, 2013). Cela s'est traduit par la fermeture de services publics moins rentables : les lignes ferroviaires déficitaires, les classes dans les zones rurales en désertification, des casernes militaires, des bureaux de postes, des succursales de la banque de France (Duprat, 2012). Enfin, la modernisation des modes de transport qui « *favorise l'extension du champ de polarisation des lieux centraux principaux au détriment des plus petits centres* » a aussi joué contre les espaces ruraux (Dubuc, 2004).

A l'inverse, dans les espaces gagnant de la population, on observe un décalage avec leur faible diversité initiale d'équipements, qui contraint les populations à se déplacer pour certains services, du moins de manière transitoire (Insee 2003 ; Talandier, 2013). Cependant, on observe une revitalisation du commerce de proximité dans les espaces ruraux, en particulier dans les zones périurbaines qui gagnent de la population, ainsi qu'une augmentation de l'emploi salarié lié au commerce, supérieure à la croissance de la population (François-Poncet et Bellot, 2008).

1.4 Les dynamiques socio-économiques

La France a connu de profonds bouleversements économiques depuis les années 1950. Elle est passée d'un modèle principalement fondé sur l'industrie et la construction à une économie des services où l'emploi est désormais davantage tertiaire et salarié (Bouvier et Pilarski, 2008).

Des travaux sur les caractéristiques des zones d'emplois en France font ressortir des spécificités régionales (Labosse, 2010). Si la métropole parisienne et sa banlieue apparaissent uniques de par leurs concentrations d'actifs et de centres de décisions et de recherche, la province connaît des singularités territoriales. On observe en premier lieu des phénomènes métropolitains, dans les zones d'emplois des capitales régionales, qui attirent étudiants, entreprises et actifs (Lyon, Toulouse, Nantes, Bordeaux etc.). Secondairement des régions, particulièrement marquées par leur contexte géographique et leur histoire connaissent une situation plus favorable à l'instar des régions transfrontalières, comme l'Alsace. La Corse ou les Alpes-centrales sont, elles, caractérisées par un tourisme très élevé. Le Sud de la France voit émerger des espaces dont l'orientation présentielle² est très élevée. A l'opposé, le nord de la France est plutôt composé de zones d'emplois industriels et rurales à redynamiser.

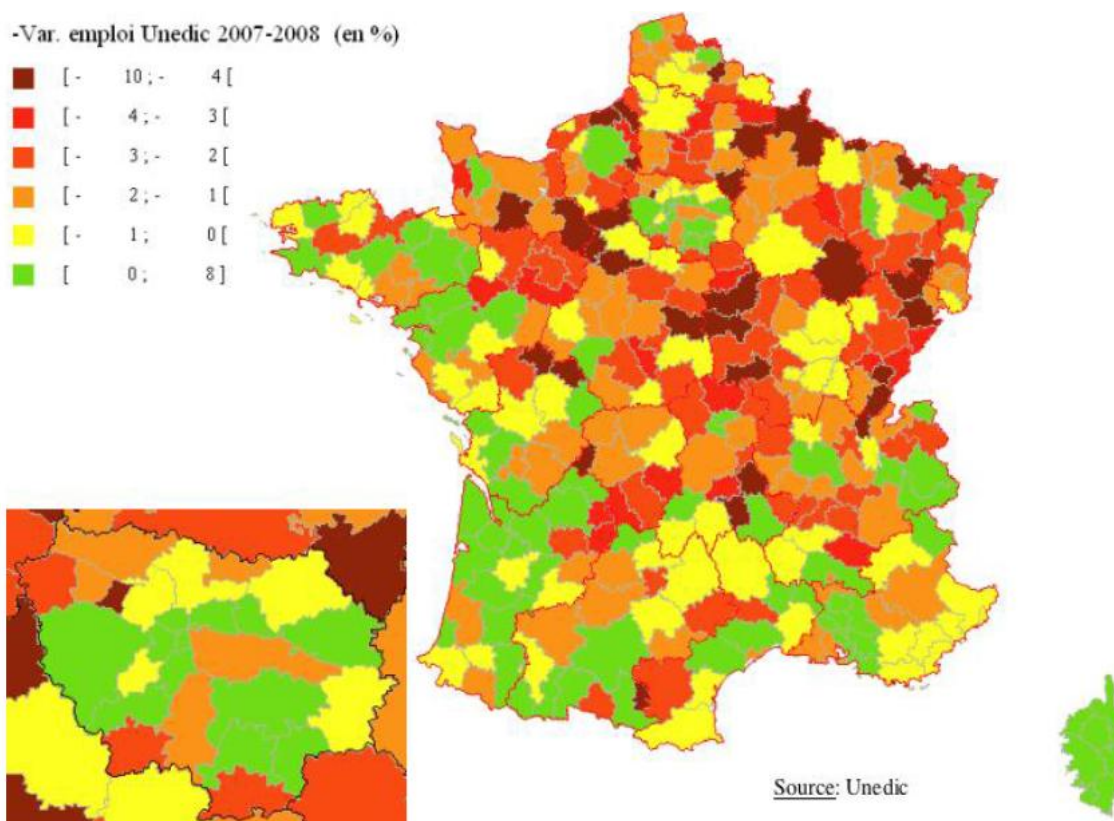
Les travaux de Laurent Davezies (2010) montrent que les changements sur la structure de l'emploi ont eu des répercussions sur les territoires français, qui ont pu être accentuées par la crise économique de 2008, dans les régions les plus industrielles du Centre et du Nord-Est. Au niveau des zones d'emploi et au vu de l'évolution de l'emploi salarié, les bassins industriels de petites tailles ont

² L'économie présentielle répond à la demande de la population présente sur un territoire, qu'il s'agisse de résidents ou de touriste

été les plus touchés : ils se situent en général dans le quart Nord-Est du pays, les métropoles résistant mieux à la crise (Carte 5). Au regard de l'évolution récente du taux de chômage, les régions très industrielles de l'Est ont le plus souffert : Rhône-Alpes, Franche-Comté et Alsace.

D'autres territoires sont marqués de manière persistante par des difficultés économique et sociales, comme certains quartiers populaires des grandes villes françaises, prioritaires dans la politique de la ville (Onzus, 2013), ou les zones de revitalisation rurale.

Carte 5 - Évolution de l'emploi salarié privé 2007-2008 dans les zones d'emploi (Davezies, 2010)



On observe également des recompositions au sein de l'espace français notamment celle de « France inverse » où la « *France du Sud et de l'Ouest, auparavant surtout agricole, rurale et moins riche [qui...] prend sa revanche sur une France du Nord et de l'Est industrielle, urbaine et auparavant plus riche* » (Guieysse et Rebours, 2012). Ces régions connaissent une forte tertiarisation de leur économie.

1.5 L'évolution des caractéristiques des populations : un marqueur de différenciation spatiale

Les caractéristiques des populations évoluent au cours du temps pouvant faire ressortir les difficultés de certains espaces. La France, de manière générale, est marquée par un vieillissement de sa

population qui peut être davantage marqué dans certains espaces ruraux (Bontron, 2013 ; Savignat, 2013). Une multitude d'indicateurs pourraient qualifier les espaces français (taux de chômage, niveau d'éducation ...) qu'il serait fastidieux de décrire, car il s'agit surtout de se concentrer sur un indicateur synthétique.

En ce sens, l'état de santé de la population apparaît judicieux. Il constitue un « *révélateur synthétique des effets du milieu dans lequel la population vit travaille mais aussi de ses comportements* » (Picheral, 1995), mais aussi un « *marqueur des conditions de vie passées et présentes, des modes d'organisation des sociétés et un puissant reflet des situations sociales, économiques, culturelles ou politiques dans lesquelles évolue une population* » (Rican *et al.*, 2013). Les indicateurs synthétiques de l'état de santé d'une population, tel que l'espérance de vie, permettent de mesurer d'importantes inégalités, tant social (par catégories socio-professionnelles, par statuts face à l'emploi) (Lombrail, 2005) que spatiale (Salem *et al.*, 2000).

Une étude menée sur l'évolution de la mortalité en France entre 1975 et 2006 met en évidence des recompositions spatiales marquées (Rican *et al.*, 2013). Ainsi, d'une configuration fortement régionalisée, opposant un arc nord de la France au reste de la France, nous sommes passés à une configuration mêlant des structurations régionales et des polarisations sur les principaux centres urbains. Le Nord, l'Est et la Bretagne apparaissent sur toute la période comme défavorisés au niveau de l'état de santé, mais une partie de la Bretagne et de la Lorraine ont vu leur situation s'améliorer. Sur la période récente, on retrouve une dégradation relative de la situation sanitaire dans certains espaces ruraux enclavés, dans les campagnes ouvrières du nord de la France, ou dans les campagnes vieillissantes et peu denses allant de Champagne-Ardenne à l'Auvergne. Si des situations centre-périphérie tranchées ressortent, s'y ajoutent une multitude de situations locales. Par ailleurs, croissance économique et démographique ne s'accompagnent pas toujours d'amélioration sanitaire. L'exemple des régions du pourtour méditerranéen qui n'ont pas connu d'amélioration relative de l'état de santé de leur population est d'autant plus éloquent que l'ouest de la France ou les vallées alpines ont vu leur situation nettement s'améliorer.

D'autres études montrent que la situation sanitaire est meilleure en ville qu'à la campagne (Vaillant et Salem, 2008), situation observée dans d'autres pays de développement comparable (Pampalon, 2006, 2008, 2010). L'écart tendrait à se creuser (Rican *et al.*, 2011). Le rôle de la trame urbaine est également mis en avant, illustrée par l'homogénéisation des situations entre les principales métropoles régionales. Mais l'agencement de cette trame urbaine (densité, intensité des échanges, cohésion du système) joue également dans la diffusion du progrès sanitaire. Ainsi dans un système urbain fragmenté et diffus les petites villes et villes moyennes connaissent généralement des situations plus préoccupantes.

Enfin, au sein des agglomérations des inégalités de santé apparaissent entre villes ou entre quartiers (Rican *et al.*, 2003). L'exemple de Paris et de son agglomération est éloquent : les quartiers et villes favorisés ont une meilleure espérance de vie que les quartiers défavorisés et villes du nord-est parisien (Vigneron, 2011).

1.6 Comment définir des espaces défavorisés ou fragiles ?

L'étude de la France métropolitaine, au regard de plusieurs indicateurs fait ressortir des espaces fragiles ou défavorisés mais aussi des structures spatiales persistantes. La répartition de la population met en évidence un phénomène de métropolisation et d'étalement urbain, une attractivité forte de l'ouest et du sud de la France et plus récemment d'un regain relatif d'attractivité de certaines campagnes, alors qu'une large diagonale allant du Limousin aux Ardennes continue de se dépeupler.

La lecture des évolutions de l'état de santé des populations met en évidence des spécificités locales et régionales : le Nord et l'Est de la France apparaissent défavorisés de manière persistante et les espaces ruraux aussi comparativement aux villes. Les espaces économiquement plus fragiles au regard du taux de chômage et de l'évolution récente de l'emploi sont au centre et au nord-est de la France, ainsi que les petites zones d'emploi principalement rurales. Les espaces urbains apparaissent moins fragiles mais plus hétérogènes au regard des indicateurs socio-économiques ou sanitaires.

Ces éléments montrent la nécessité d'une approche synthétique combinant plusieurs indicateurs pour mieux décrire les espaces défavorisés ou fragiles, comme cela a pu être illustré avec les espaces en dépeuplement.

L'hyper ruralité : un exemple de définition d'espaces défavorisés

Un rapport ambitionne d'apporter des éléments de connaissances sur les espaces ruraux les plus défavorisés caractérisés par leur « hyper-ruralité » (Bertrand, 2014). Celle-ci se singularise entre autre par « *la faible densité de population, par le vieillissement, l'enclavement, les faibles ressources financières, le manque d'équipement et de services, le manque de perspectives, la difficulté à faire aboutir l'initiative publique ou privée, l'éloignement et l'isolement sous toutes ses formes. En un mot : un entassement de handicaps naturels ou créés* ».

La notion d'hyper-ruralité a été définie à partir de la typologie des campagnes françaises (Hilal, 2012) et prend en compte l'accessibilité des services à la population. Le rapport identifie ainsi 250 bassins de vie hyper-ruraux correspondant en surface à 26 % du territoire et accueillant seulement 5,4 % de la population française (cf. annexes). Ce concept d'hyper ruralité, présente l'avantage, à partir d'une approche spatiale et de différents indicateurs, de définir des espaces défavorisés.

Encadré 1 - Caractéristiques des bassins de vie hyper-ruraux : extraits du rapport Bertrand, 2014

L'hyper-ruralité, se définit principalement comme l'éloignement sous toute ses formes : éloignement des individus entre eux (faible densité de population) ; éloignements des individus vis-à-vis des services du quotidien ; éloignement de ces territoires vis-à-vis des métropoles, agglomérations, pôles urbains.

Les bassins de vie de l'hyper ruralité concentrent : [...] la grande majorité des communes à faible densité de population ; des populations généralement à faibles revenus, avec une moyenne d'âge élevée et un vieillissement nettement accentué ; un taux d'emploi significativement plus faible que dans les autres territoires ruraux, avec une part relativement plus élevée de l'économie résidentielle et une part d'emploi agricole y reste relativement élevée ; un temps d'accès aux services et à l'emploi nettement supérieurs à la moyenne française pour la majorité de leurs communes qui les composent, en lien avec l'absence de centralités fortes

Si l'hyper-ruralité n'est pas considérée comme un désert médical, c'est parce que l'indicateur principal est le nombre de médecins rapporté à la population. Si on s'intéresse en revanche à l'accès aux soins (comme, par exemple, la distance à une pharmacie ou le risque léthal suite à AVC), on constate à l'inverse l'inéquité dont souffrent les territoires hyper-ruraux, leurs habitants mais aussi les touristes et visiteurs de passage.

Ce chapitre n'est pas exhaustif des dynamiques spatiales à l'œuvre en France. En fonction des indicateurs choisis, la localisation des espaces fragiles différera. D'autres inégalités existent comme l'exposition au chômage ou vis-à-vis de l'enseignement (Laurent, 2013).

Nous étudierons par la suite la manière dont les pouvoirs publics répondent à la problématique des espaces défavorisés ou fragiles (chapitre 2), puis nous mettrons l'accent sur les espaces défavorisés ou fragiles en offre de soins de premier recours (chapitre 3) ainsi que sur les mesures mises en place pour améliorer leur situation (chapitre 4).

Chapitre 2 Les pouvoirs publics face à certaines inégalités spatiales

Ce chapitre questionne l'organisation administrative de l'État et le rôle des pouvoirs publics au regard des espaces fragiles ou défavorisés. Il vise à comprendre dans quelle mesure l'Etat intervient dans ces espaces et si son organisation territoriale permet de répondre aux enjeux rencontrés. Une attention particulière est portée aux espaces ruraux, davantage étudiés dans la suite de ce travail, car principales cibles des maisons de santé (Partie 2).

2.1 L'organisation administrative de l'Etat

La France a une organisation territoriale hiérarchisée et centralisée depuis le niveau national aux jusqu'aux régions, départements, arrondissements, cantons et communes.

2.1.1 *Les différents niveaux de l'organisation administrative*

Les régions ont acquis leur statut de collectivités territoriales avec un pouvoir autonome en 1982, grâce à la loi du 2 mars 1982 relative « aux droits et libertés des communes départements et régions ». Elles sont l'aboutissement de circonscriptions expérimentales : les circonscriptions de planifications définies en 1956, puis des circonscriptions d'actions régionales de 1960 (Rey, 1989). Initialement 22 en métropole, elles fusionneront en 13 nouvelles régions fin 2015.

Les départements ont été créés en 1789 et remplacent les anciennes provinces. Leur délimitation géographique repose sur la distance au chef-lieu de département qui devait être accessible dans la journée (Rey, 1989). Ils sont au nombre de 101, dont 96 en métropole.

L'arrondissement est une circonscription administrative de l'État, subdivision du département dont les représentants sont les députés et le chef-lieu la sous-préfecture lorsqu'il n'est pas le chef-lieu d'un département. Les arrondissements sont découpés en 2 054 cantons.

Si la commune est la plus petite subdivision administrative française, elle est aussi la plus ancienne,, instituée dès 1789 elle connaîtra un début d'autonomie avec la loi du 5 avril 1884. Elle succède aux villes et paroisses du Moyen-Age. On dénombre 36 682 communes en 2010 en France métropolitaine et ultra-marine.

2.1.2 *Collectivité territoriales, collectivités locales, territoires de projets et « mille-feuille »*

Les **collectivités locales** désignent l'ensemble formé par les **collectivités territoriales** (terme consacré par la Constitution pour les communes, départements et régions) et les **groupements de communes**

à **fiscalité propre** (métropoles, communautés urbaines, communautés d'agglomération, communautés de communes, syndicats d'agglomération nouvelle) (DGCL, 2014).

Les Établissements Publics à Caractère Intercommunal (EPCI) correspondent à des territoires de projets, il s'agit de communes qui se sont regroupées volontairement afin de partager des compétences. Le périmètre, d'un seul tenant et sans enclave est arrêté par le préfet. Ils sont au nombre de 2 145 au 1er janvier 2014, ce qui représente 99,8 % des communes et 96,4 % de la population (DGCL, 2014). Les EPCI peuvent aussi correspondre à des cantons, des regroupements de cantons ou à de simples regroupements de communes. Il s'agit d'un des principaux changements dans la structure administrative locale des deux dernières décennies (Desjardin, 2014). A ces collectivités s'ajoutent notamment 9 720 syndicats intercommunaux à vocation (SIVU), 1 302 à vocation multiples (SIVOM) en 2012 (Lavoisier, 2014).

Les territoires de projet sont « *l'espace économique, social et physique sur lequel un projet de territoire s'élabore. Organisé, il est en capacité de contractualiser sur un projet global avec les autorités chargées de l'aménagement et du développement territorial* ». Les Pays en sont un exemple : relancés par la loi Pasqua du 4 février 1995 (Merlin, 2007), ils « présentent une cohésion géographique, culturelle, économique ou sociale ». Ils élaborent une charte de pays qui exprime « un projet de développement durable du pays et prend en compte les dynamiques locales porteuses de développement, notamment en matière touristique ».

L'organisation administrative française se complexifie aussi selon les champs d'intervention, avec des circonscriptions à caractère dérogatoire : les zones de défense et de sécurité, les juridictions interrégionales spécialisées, les directions interdépartementales des routes, les directions interrégionales des mers ou encore les massifs et bassins (Cour des comptes, 2013). L'Education Nationale ou encore la santé ont aussi leurs zonages comme les Schémas Régionaux d'Organisations des Soins (SROS) qui varient d'une région à l'autre (Coldefy et Lucas, 2010). Ces caractéristiques qui aboutissent à des enchevêtrements de circonscriptions, valent à l'organisation de l'État les qualificatifs de « *mille-feuille administratif* », « *mille-feuille territorial* » (Duprat, 2012), « *labyrinthe bureaucratique* » (Rey, 1989), de « *mosaïque territoriale* » (Beauchard, 2003) ou d'une France « *championne du monde de la subdivision infraétatique* » (Amat-Roze, 1991).

2.1.3 Les ajustements apportés à l'organisation administrative : entre décentralisation et immobilisme

Afin de donner plus de poids et de pouvoirs aux collectivités locales, un mouvement de décentralisation a été amorcé dans les années 1980. La première étape de décentralisation en 1982 a consisté en la création d'un échelon politico-administratif, la région, dont les compétences dévolues par l'État s'inscrivaient dans une meilleure adaptation aux réalités économiques contemporaines. Elle supprime la tutelle de l'État, l'exécutif étant transféré des préfets aux présidents des instances régionales. Deux lois suivront en 2003 et porteront sur le transfert des compétences aux communes, départements et régions. Il s'avère que cette décentralisation a en fait pris deux formes : un transfert de compétences, mais aussi un transfert de gestion (Cour des comptes, 2013).

Une deuxième vague de décentralisation aura lieu avec les lois de 2003 et 2004 garantissant l'autonomie financière des collectivités territoriales. Néanmoins cela est vu par certains comme un moyen d'affaiblir l'échelon régional, le rendant relais de politique et d'actions nationales dont l'État veut se débarrasser (Morel, 2006). Pour autant, l'acte III de la décentralisation et la réforme territoriale a créé les métropoles, et aussi une nouvelle délimitation des régions qui seront désormais 13 avec des pouvoirs renforcés.

Certaines critiques sont toutefois apportées à ce mouvement de décentralisation, estimant qu'il est inabouti ou inadapté à certains enjeux territoriaux. Ainsi, à l'exception des régions, la décentralisation ne s'est pas accompagnée d'une restructuration et de la carte des collectivités territoriales, faisant de la France un cas particulier en Europe (Cour des comptes, 2013).

Parallèlement, l'organisation administrative apparaît ancienne et inadaptée face aux changements qui ont lieu depuis sa mise en place : mobilité, exode rural et urbanisation, métropolisation, attractivité des littoraux, progrès techniques (Cour des comptes, 2013 ; Lévy, 2013). Pour répondre à une partie de ces changements sociétaux, l'État a adapté le maillage territorial de certaines institutions, comme la Direction Générale des Finances Publiques (DGFIP), ou fait appel à des opérateurs et des agences. A l'inverse, on observe une certaine rigidité de l'organisation administrative. Par exemple, les arrondissements et sous-préfectures n'ont pas été remis en question alors qu'ils ont été profondément affectés par les mutations démographiques et économiques du pays. Une part de leurs fonctions traditionnelles leur ont été retirés et leur environnement institutionnel et administratif a été significativement transformé : décentralisation, développement des intercommunalités et des agences et opérateurs publics, réorganisation des services départementaux et régionaux de l'État (Cour des comptes, 2013).

Pour certains, cette rigidité est alimentée par l'organisation territoriale actuelle qui empêche tout ajustement entre les structures politiques et la dynamique des espaces, entraînant une « dictature du passé sur le présent » (Lévy, 2013). Ainsi, *« on y trouve la sanctuarisation des territoires communaux, protégée par l'appui des conseils généraux, [...] A ces deux niveaux s'ajoute celui, puissant, de l'arrondissement, dont les élus, vus par leurs électeurs comme de véritables maires de pays « ruraux », sont quand même aussi des députés qui votent les lois [...]. Enfin, le Sénat, qui a longtemps fonctionné comme lobby girondin de défense de ces trois échelons, possède quelques moyens d'éviter toute inflexion incontrôlée ».*

2.2 L'aménagement du territoire

Face aux déséquilibres au sein du territoire, les pouvoirs publics ont mis en place des politiques et des outils, dans le cadre de l'aménagement du territoire.

2.2.1 Les enjeux de l'aménagement du territoire

L'aménagement du territoire est *« l'action et la pratique de disposer avec ordre à travers l'espace d'un pays et dans une vision prospective, les hommes et leurs activités, les équipements et les moyens*

de communication qu'ils peuvent utiliser, en prenant en compte les contraintes naturelles, humaines et économiques, voire stratégiques » (Merlin, 2007). Il peut se décliner au niveau local, régional ou national (Brunet, 2005). Il consiste, entre autres, à valoriser le potentiel de certains espaces (montagnes, littoraux, terroirs, etc.), ou à en favoriser certains en pratiquant une politique de discrimination positive (quartiers défavorisés, espaces ruraux enclavés, etc.), ou encore à limiter les effets des agglomérations (villes nouvelles, métropoles d'équilibre).

Le milieu urbain qui fait l'objet d'une politique de la ville depuis 1958, cible désormais des quartiers prioritaires notamment les Zones Urbaines Sensibles (ZUS), les Zones Franches Urbaines (ZFU) ou encore les Zones d'Éducation Prioritaires (ZEP). Par ailleurs, cette géographie prioritaire a connu un profond changement depuis 2013 avec la division par deux du nombre de zones prioritaires, la fusion des dispositifs préexistants, la définition à partir d'un seul critère (revenu médian) et un zonage innovant (carreaux), permettant notamment d'inclure nouvellement des quartiers de villes rurales pauvres à l'image de Guéret.

Le milieu rural a fait l'objet de nombreuses politiques dans le cadre de la protection de l'environnement ou dans la revitalisation des territoires ruraux avec notamment les zones de revitalisation rurale (ZRR), ou les pôles d'excellence rural (PER). Les littoraux et les zones de montagnes ont été l'objet de grands aménagements impulsés par l'État, à l'instar des stations de ski des Alpes et des stations balnéaires du Languedoc Roussillon créées *ex-nihilo*. L'aménagement concerne également les grandes infrastructures de transports d'intérêt nationales telles que les aéroports ou les lignes à grande vitesse (LGV).

2.2.2 Des outils de l'aménagement du territoire

L'aménagement du territoire ne peut se concevoir sans zonage. Celui-ci est très utilisé comme l'illustrent les différentes politiques évoquées ci-dessus, mais aussi dans l'urbanisme avec, par exemple, les Zones d'Aménagement Concerté (ZAC) (Merlin, 2007).

Le zonage est souvent sujet de polémiques ou de querelles entre acteurs. Le terme « *recouvre plusieurs acceptions et met sur le même plan une situation donnée (la répartition des zones), un instrument spécifique (le découpage du territoire) et son utilisation par différents types d'acteurs – que ce soit dans l'intérêt commun ou à des fins partisans* » (Vieillard-Baron, 2009). L'utilisation du zonage comme outil de ciblage de politique de discrimination positive peut s'avérer dans certains cas contre-productif. Des limites apparaissent pour les zones urbaines défavorisées (« *deprived areas* ») : de court terme elles sont trop sujettes aux changements de politiques, elles n'arrivent pas à atteindre les populations ciblées, peuvent engendrer une stigmatisation des zones, ne s'attaquent pas aux racines des problèmes qui ne relèvent pas de la zone mais davantage du niveau sociétale et enfin malgré ces politiques, les zones défavorisées le demeurent (Thomson, 2008). En France, on déplore que le zonage puisse « *isoler un morceau de territoire en fonction de caractéristiques morphologiques, sociales ou économiques en l'érigant de la sorte en lieu exemplaire d'un problème ou de la mise en œuvre de la réponse politique* » (Wachter *et al.*, 2000) et ainsi créer des effets pervers. Ce fut le cas pour certains auteurs dans les Zones d'Éducation Prioritaire qui ont conduit à des stratégies de contournement des établissements concernés (Vieillard-Baron, 2009), ou plus

généralement les zonages avec des exonérations fiscales ont pu conduire à des effets d'aubaines (Cours des comptes, 2013). Par ailleurs, le zonage, pose la question du niveau d'intervention adéquat et constitue un enjeu méthodologique important pour les aménageurs et les géographes, dont il sera question dans la deuxième partie.

Le territoire est également un outil mobilisable pour l'aménagement. Reconnu depuis la Loi du 25 juin 1999 d'Orientation sur l'Aménagement et le Développement Durable du Territoire (LOADDT) à travers sa fonction fédératrice des acteurs locaux et des institutions, notamment au travers des territoires de projet comme les pays ou communautés d'agglomération, il constitue une alternative intéressante de concertation, vis-à-vis des échelons de gestion (Moine, 2008).

2.2.3 Les limites de certaines politiques d'aménagement du territoire

Les politiques d'aménagement du territoire ne sont pas toujours évaluées, bien que certaines comme les PER ou les ZFU l'aient été (Assemblée nationale, 2012). Concernant les espaces ruraux, il est déploré que les dispositifs les ciblant ne soient pas d'une grande efficacité et soient éparpillés sans appréhension globale des difficultés de la ruralité (Bertrand, 2014).

L'aménagement du territoire tel qu'il est mené suscite des critiques de plusieurs ordres (Wachter *et al.*, 2000). Les interventions spatiales séparent milieu urbain et rural alors qu'ils sont de plus en plus articulés parce que les transformations de la fin du siècle (uniformisation des modes de vie, explosion de la mobilité motorisée, amélioration de l'accessibilité et extension de la périurbanisation) ont largement contribué à redéfinir les rapports urbain/rural. Des auteurs considèrent ainsi ces deux espaces comme « *les sous-ensembles d'une même société vivant dans des espaces organisés de manière distincte et offrant des aménités et attractivités ayant leur propre valeur [...] chaque type de territoire exerçant les rôles pour lesquels il est le mieux adapté* ». Enfin, pour d'autres auteurs, l'aménagement du territoire tel qu'il est pensé entretient une forme d'injustice territoriale, qui « *a consisté non à aménager au mieux l'espace français mais à conforter politiquement ses périphéries, à leur proposer des boucs émissaires pour expliquer leurs difficultés plutôt que de leur proposer des outils de développement* » (Lévy, 2013).

Néanmoins, l'aménagement constitue un mode particulier d'action publique dans la mesure où l'État impulse, alors qu'il est souvent déploré un décalage dans le temps entre les mutations de la société (progrès techniques, peuplement ...) et les transformations de l'appareil administratif de l'État (Cour des comptes, 2013).

2.3 L'impact de l'organisation administrative ou des réformes de l'État : l'exemple des zones hyper-rurales et de la révision générale des politiques publiques

L'aménagement du territoire et l'organisation administrative ont vocation à permettre une cohésion territoriale. Pour autant, la cour des Comptes (2012) note que l'action publique, supposée combattre

ces inégalités, les a accentuées sur bien des aspects, comme cela a notamment pu être observé dans certains espaces ruraux.

Le rapport Bertrand (2014) illustre les principaux points de blocage observés dans les espaces « hyper-ruraux » et qui conduisent à une *« accumulation persistante de handicaps dont la plupart ne relèvent pas de la fatalité mais de choix de société, assumés ou non »* :

- *« la décentralisation a pu conduire à une hyper-centralisation préjudiciable à l'hyper-ruralité, au profit des grandes villes, agglomérations et capitales régionales.*
- *La mise en capacité de l'hyper ruralité est entravée par l'insuffisance du déploiement des services de santé, la téléphonie mobile, Internet et les services et infrastructures de transports.*
- *L'inflation continue des normes, régulièrement dénoncée, l'alourdissement des procédures et donc des charges incompressibles pour y faire face, la technicité de l'ingénierie administrative, technique, financière, juridique... est globalement hors d'atteinte des compétences et des moyens de l'hyper-ruralité.*
- *La réorganisation territoriale des services de l'État s'est globalement faite au détriment des territoires hyper-ruraux.*
- *Faute de reconnaissance de l'hyper-ruralité à ce jour, aucun dispositif spécifique n'existe en sa faveur. Les ZRR et les PER dont elle bénéficie n'ont pas montré de grande efficacité.*
- *Santé, Internet et téléphonie sont 3 fondamentaux d'avenir pour l'hyper-ruralité et sont en l'état maltraités par l'action publique »*

A ces difficultés, s'ajoutent des politiques et réformes menées de manière cloisonnée, ou « en silo » selon des domaines propres, nuisant à des visions plus transversales. Comme cela a pu être illustrée lors de la Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP) (De Legge, 2011). Ce manque de cohérence peut aboutir à des situations où des espaces cumulent des disparitions ou des refontes de services publics, auxquelles il convient d'ajouter les effets en cascade qu'ont ces restructurations sur les territoires locaux (immobilier, économie, fermeture de classes, fermeture de services dépendants, etc.), illustré par l'exemple de Joigny. Les domaines concernés sont notamment la défense, les restructurations hospitalières, la carte judiciaire et la sécurité.

Encadré 2 - Un exemple d'une ville rendue fragile par les restructurations de la RGPP

Joigny, petite ville de 11 000 habitants, située dans l'Yonne, a connu une succession d'événements consécutifs à la RGPP qui ont grandement fragilisé la commune. Les détails sont particulièrement bien explicités dans le rapport du sénateur de Legge (2011), mais la situation peut être résumée ainsi : *« La ville a perdu [...] 500 emplois, du fait de la réforme des cartes hospitalière, judiciaire et de la défense, de la reconfiguration des forces de police et de gendarmerie, ainsi que de l'évolution des effectifs au lycée et au collège, à Pôle emploi, au Trésor public et à EdF-GdF »*. Cet exemple, bien que non généralisable illustre les effets directs et les effets en cascade des restructurations menées.

2.4 Discussion

Les exemples pris illustrent que l'action ou l'organisation de l'état peuvent apporter des effets positifs dans certains territoires, mais aussi renforcer des inégalités existantes comme dans les espaces hyper-ruraux.

Par ailleurs, certains dispositifs peuvent conduire à des effets pervers. Ils ne sont pas toujours efficaces et dans certains domaines peuvent manquer d'une cohérence globale. Il est souvent mis en avant l'importance de s'affranchir de ces limites et de faire reposer les politiques sur des visions plus globales, prenant en compte la spécificité des territoires (Bertrand, 2014 ; Bontron, 2013 ; Savignat, 2013). Par ailleurs, l'opposition systématique entre espaces urbains et ruraux peut également être discutée (cf. partie 2). Des études montrent par exemple les liens forts entre la performance économique des métropoles et la qualité de leur hinterland ruraux (Davezies et Talandier, 2013).

D'autres actions spécifiques de l'Etat existent notamment au niveau régional. Par exemple, l'Etat contractualise avec chaque région dans le cadre des Contrats de Projet État-Région (CPER) pour une durée de 7 ans. Les deux parties s'engagent à co-investir dans les champs de la recherche ou d'infrastructures. L'Etat peut également agir spécifiquement, par exemple, en ciblant des espaces en grande difficulté économique, à l'instar du « Pacte Lorraine » où il co-investit plusieurs milliards d'euros avec la région dans le but « *d'une reconquête industrielle, du redressement de l'économie et du développement équilibré des territoires* ».

Les chapitres suivants s'intéressent spécifiquement aux inégalités spatiales d'offre de soins et aux actions menées par les pouvoirs publics pour les résorber. Les maisons de santé sont un des dispositifs soutenus.

Chapitre 3 Les inégalités spatiales d'offre de soins en France : éléments de cadrage

Ce chapitre a pour objectif de décrire l'état de l'offre de soins de premier recours en France. Il s'agit notamment de caractériser les situations fragiles et défavorisées et les mesures qui ont pu être mises en place par les pouvoirs publics pour y faire face. Pour ce faire une mise en perspectives du système de santé français et de son organisation est effectuée, en particulier sur l'offre de soins de premier recours. Une analyse des disparités géographiques d'offre de soins de premier recours en France sera ensuite menée, avec notamment des études inédites sur l'évolution du maillage en médecins généralistes libéraux entre 2004 et 2012 et dans les espaces en dépeuplement. Ce chapitre proposera enfin une discussion sur les espaces fragiles ou défavorisés en offre de soins, parfois qualifiés de « déserts médicaux ». Il permet de comprendre le contexte dans lequel s'inscrivent les mesures mises en place pour améliorer la répartition des médecins (chapitre 4).

3.1 Différents systèmes de santé des pays de l'organisation de coopération et de développement économique (OCDE)

Les systèmes de santé des pays de l'OCDE ont une gamme complète d'offres de soins allant des médecins de proximité, aux spécialistes, puis aux hôpitaux généralistes, ainsi qu'à des établissements très spécialisés.

Ces systèmes sont financés différemment. Au sein des pays de l'OCDE, on peut distinguer les systèmes où la gratuité est garantie et l'offre de soins financée par l'impôt (Europe du Nord, Royaume-Uni), appelé modèle beveridgien (Le Faou, 2010). Les systèmes de protection sociale, de type bismarckien, sont financés par des cotisations sociales (Allemagne, Japon...). Enfin, il existe des systèmes majoritairement privés, comme aux États-Unis, où les patients doivent souscrire auprès d'assurances privées, compensé depuis 2010 par l'Obamacare permettant une couverture maladie aux plus défavorisés.

La France se caractérise par un système de santé mixte. Il repose pour une part sur le financement de la protection sociale par des cotisations sur les salaires, et pour une autre part sur les financements privés auprès de mutuelles. Ce système repose sur la liberté du choix du professionnel par les patients, la liberté d'installation pour les médecins et aussi sur la liberté de prescription, principes inscrits dans la charte de la médecine libérale de 1927.

Dans les pays riches, trois modèles d'organisation des soins primaires peuvent être identifiés, non exclusifs les uns des autres (Bourgueil *et al.*, 2009). Le premier type d'organisation est celui « normatif hiérarchisé », il est organisé autour des soins primaires et régulé par l'État. Il concerne l'Espagne, la Finlande et la Suède. Le deuxième est le « modèle professionnel hiérarchisé », le médecin généraliste y est le pivot du système. Le Royaume-Uni, les Pays-Bas, l'Australie et la Nouvelle-Zélande sont organisés selon ce modèle. Les systèmes hiérarchisés reposent sur l'inscription des patients auprès d'un médecin pivot de l'organisation (Gate-keeper), il n'y a donc pas de libre choix du professionnel (Hartmann, 2006). Le troisième modèle, dont se rapproche la France,

est celui dit « professionnel non hiérarchisé », l'organisation des soins primaires y est à l'initiative des acteurs. L'Allemagne et le Canada fonctionnent également selon ce modèle.

Concernant la France, les auteurs suggèrent que le modèle tend à se rapprocher des deux premiers modèles au vu des réformes menées : réforme du médecin traitant en 2004, organisation progressivement territoriale de l'offre de soins ambulatoire, définition des soins de premiers recours dans la loi HPST.

3.2 Une régionalisation progressive du système de santé français

La France se caractérise par un mouvement progressif de régionalisation de son système de santé, prolongé par une territorialisation de la santé et de ses politiques (Amat-Roze, 2011 ; Bourdillon, 2005 ; Coldefy et Lucas, 2008, 2012 ; Vaillant et Rican, 2010). Il convient d'en rappeler les principales étapes qui permettent de comprendre, notamment, comment se structurent les soins de premier recours.

3.2.1 Les prémices de la territorialisation : la planification sanitaire

En France, la territorialisation de la santé trouve ses origines dans la planification sanitaire mise en place par la loi hospitalière de 1970. Celle-ci prévoit la mise en place de régions et de secteurs sanitaires dans lesquels les besoins doivent être définis, au travers de ratios d'équipement (Coldefy et Lucas, 2012). Cette organisation montrera ses limites, considérée notamment comme très quantitative, rigide, technocratique et trop hospitalo-centrée (Amat-Roze, 2011 ; Coldefy et Lucas, 2008, 2012 ; Rican, Vaillant, 2009).

3.2.2 Une régionalisation progressive du système de santé

La loi du 31 juillet 1991 sur la réforme hospitalière va affirmer l'échelon régional comme socle de l'organisation sanitaire. Cette loi institue les Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS) qui ont pour objectif « *de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins, en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé* ». Les Conférences Régionales de Santé (CRS) seront également instituées dans ce cadre.

Le mouvement de régionalisation se poursuit avec l'ordonnance Juppé de 1996 qui prévoit la mise en place des Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) et des Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (Urcam). La création de structures représentant les professionnels de santé comme les Unions Régionales de Médecins Libéraux (URML) en 1993 vient renforcer ce mouvement. D'autres institutions, comme les Observatoires Régionaux de la Santé (ORS) vont aussi se structurer progressivement. Ces ORS contribuent à informer sur la santé des populations, à travers de nombreuses publications.

La territorialisation de la santé ressort dans l'évolution des quatre générations de SROS depuis 1991. En ce sens, le SROS III (2006-2011) marque une rupture importante, puisque la majorité des ARH invente de nouveaux territoires de santé (Coldefy et Lucas, 2012), qui depuis la circulaire du 4 septembre 2003, remplacent les cartes sanitaires. Ces territoires doivent notamment prendre en compte la gradation des soins. Ainsi, cinq niveaux de soins sont proposés, parmi lesquels le niveau de proximité est imposé et pour lesquels vont pouvoir correspondre des territoires gradués (Coldefy et Lucas, 2008). Deux tiers des ARH ont cherché à délimiter géographiquement les territoires de proximité, s'appuyant sur trois approches pour les définir : l'approche sanitaire basée sur l'analyse des recours aux soins, l'approche populationnelle utilisant les zonages de l'Insee comme le bassin de vie ou la zone d'emploi et enfin l'approche politique se référant aux territoires de projets que sont les pays ou les intercommunalités (Coldefy et Lucas, 2008). Le territoire de santé sert aussi d'espace de concertation entre les différents acteurs du champ de la santé, au sein des conférences sanitaires de territoires qui composent la CRS.

La Loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire (HPST) de 2009 crée les Agences Régionales de Santé (ARS) et renforce davantage le mouvement de régionalisation amorcé. Il convient de souligner que le terme santé remplace celui d'hospitalisation. Ce glissement sémantique peut être interprété comme une volonté de sortir d'une forme d'hospitalo-centrisme qui a longtemps régné dans le champ de la santé. Les ARS vont alors regrouper plusieurs agences régionales et départementales existantes dont l'ARH, l'Urcam, les DDASS et DRASS. Elles ont pour mission d'assurer le pilotage de la politique de santé publique en région ainsi que la régulation de l'offre de santé.

Néanmoins le chamboulement orchestré par cette nouvelle entité régionale forte, ne se fera pas forcément facilement. Les différentes entités continuent parfois de fonctionner de manière cloisonnée pesant, par exemple, sur le climat social au sein des agences (Le Menn et Millon, 2014), ou bien cette nouvelle structure régionale n'est pas forcément bien accueillie localement par d'autres acteurs traditionnels de la santé (De Gelle, 2011).

3.2.3 Une lente structuration des territoires de proximité ou de premier recours

Le terme de territoire de proximité, évoqué dans les SROS de troisième génération, ne trouve en réalité que peu de portée opérationnelle. Les ARH se sont surtout attelées à définir des territoires de santé, mais principalement au niveau de l'offre hospitalière.

La nouvelle génération de SROS (2012-2016) issue de la loi HPST, baptisée **SROS-PRS**, pour signifier leur intégration au sein des programmes régionaux de santé (PRS), va acter une définition opérationnelle de territoire de santé de proximité. La circulaire relative à leur élaboration prévoit la définition d'un volet sur l'offre de soins ambulatoire. Amat-Roze (2011) souligne que des points géographiquement majeurs ressortent de ces nouveaux schémas : « *d'une part, la territorialisation de la santé est confortée par l'objectif de prendre en compte la répartition et les pratiques spatiales de la population dans ses espaces de vie habituels ; [...] d'autre part, est manifeste l'importance donnée au maillage des soins de premier recours (niveau de proximité), dans le contexte des*

profondes mutations de l'exercice professionnel (évolution démographique, féminisation, modes d'exercice, délaissement des territoires de faible attractivité)».

La circulaire relative au guide méthodologique d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins (DGOS, 2011), définit les objectifs de la partie ambulatoire du SROS : « *les projets structurants de la partie ambulatoire du SROS privilégieront une approche en termes de service rendu à la population par une équipe pluri-professionnelle, plutôt qu'une approche par profession* ». Ceci conduit les ARS à définir des territoires de proximité permettant de cibler les « zones fragiles » en offre de soins à partir d'un diagnostic régional partagé. Ces zones servent de cadre à l'application des aides à l'installation non-conventionnelles ou à cibler l'implantation de maisons et pôles de santé (cf. chapitre 4).

3.2.4 Territorialiser... vers quelle finalité ?

La territorialisation de politiques publiques ambitionne d'appréhender au mieux une certaine situation locale pour ajuster la politique. Comme le souligne Corvez (2003), territorialiser une politique est plus que l'inscrire dans un cadre spatial : « *le périmètre du territoire doit être défini par le projet et surtout par les acteurs qui en prennent l'initiative* ». Le territoire trouve son sens dans les politiques de prévention. Par exemple, les campagnes de prévention (nutrition, tabac), sont captées différemment selon les populations et risquent d'amplifier les écarts de situations observées. Cet exemple « *pointe tout l'intérêt de constituer un cadre opérationnel permettant d'accompagner les messages politiques pour qu'ils soient en phase avec les territoires et les populations qui y vivent et pour qu'ils trouvent une résonance et, on peut le supposer, une certaine efficacité* » (Rican et Vaillant, 2009).

Territorialiser, revient aussi à choisir un zonage dont la définition inclut des critères qui sont autant de choix politiques : celui du périmètre et de la population concernée, celui des indicateurs retenus pour le diagnostic. Territorialiser revient ainsi à cibler des zones prioritaires, lieux de l'action. Ces choix posent des questions de justice spatiale en termes d'allocations des ressources (Laurent, 2013 ; Lévy, 2013). Selon les logiques de redistribution des ressources, des espaces ou des populations apparaîtront lésés, ce qui pose plusieurs questionnements. Par exemple, faut-il privilégier une distribution égale ou équitable des ressources alors que les situations sont très inégales (Rican et Vaillant, 2009) : ainsi, « *privilégier les zones les plus peuplées permet à la politique de toucher un maximum de personnes, mais risque de renforcer les écarts avec les zones les moins peuplées. L'alternative serait de réfléchir spatialement, en privilégiant des politiques qui permettent de rééquilibrer les territoires entre eux* ».

La question du découpage ou du zonage adéquat est un problème méthodologique récurrent pour le géographe. Pour l'offre de soins, l'articulation entre les territoires est plus importante (ORS NPDC, 2010), notamment du fait que « la hiérarchie obligée des soins fait que l'unité territoriale idéale à la planification de l'offre de soins n'existe pas » (Amat-Roze, 2011). Ainsi, selon le type de soins la méthodologie et l'échelle varieront. Par exemple, pour le premiers recours l'échelle locale différera entre l'espace infra-urbain (quartier, IRIS) et l'espace rural (canton, bassin de vie, bassin de services intermédiaires (Amat-Roze, 2011).

Néanmoins, le ciblage d'un espace pour une politique de santé, fût-il adéquat, ne garantit pas sa réussite. Il convient « *d'ancrer cette politique dans les mécanismes même de la production du territoire pour l'infléchir* » (Rican et Vaillant, 2009), donnant ainsi sens à la territorialisation. Par ailleurs, la territorialisation de la politique de santé publique peut donner lieu à un brouillage du partage des compétences entre l'État et les collectivités qui disposent de peu de compétences formelles en la matière (Clavier, 2009).

3.3 L'offre de soins de premier recours : définition et enjeux

L'accessibilité aux soins, dans ses dimensions géographiques, financières ou sociales, constitue un élément primordial de la performance des systèmes de soins et de santé (Bärnighausen et Bloom, 2011 ; WHO, 2006). Les soins primaires, appelés en France « soins de premiers recours » ou « de proximité », constituent un maillon essentiel de cette accessibilité. Ils répondent à des missions d'accessibilité, de continuité, de globalité, de coordination des soins, d'orientation dans le système de soins et sont dispensés par des professionnels de santé comme les médecins généralistes, infirmiers, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes et chirurgiens-dentistes (OMS, 2008). Ils sont notamment considérés depuis la conférence d'Alma-Ata en 1978 comme essentiels, comme le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire et comme un moyen de parvenir à réduire les inégalités de santé (OMS, 1978). Dans un contexte de demande croissante notamment liée au développement des maladies chroniques, les politiques de santé investissent à nouveau le champ des soins primaires perçus comme des leviers d'amélioration des performances sanitaires, tout en permettant de maîtriser les coûts (Atun, 2004 ; Hofmacher, 2007 ; Macinko *et al.*, 2009 ; Pison, 2005 ; WHO, 2010).

3.3.1 L'accessibilité aux soins : une notion multidimensionnelle

L'accès et l'accessibilité sont souvent confondus ou indifférenciés. Dans le cadre des soins, des auteurs définissent l'accès comme la capacité des populations à obtenir un service approprié à leurs besoins de soins, tandis que l'accessibilité décrit la nature des services de santé dont la localisation, l'organisation ou le coût permettent, facilitent ou empêchent la capacité de potentiels patients à chercher et obtenir des soins (Haggerty *et al.*, 2014).

L'accès aux soins dépend de nombreuses dimensions décrivant le lien entre le patient et le système de santé : la disponibilité de l'offre, l'accessibilité, l'organisation des services de santé, la faisabilité financière, l'acceptabilité des soins selon les attentes des patients et leurs caractéristiques (Penchansky et Thomas, 1981). Les services sont accessibles quand leurs caractéristiques correspondent à ce que le patient recherche, c'est-à-dire quand ils sont appropriés (Haggerty *et al.*, 2014).

L'accès aux soins varie selon les espaces géographiques parce que la distribution des services de santé et celle de la population ne sont pas uniformes, se traduisant par des inégalités d'accès

inévitables. Dès lors, la recherche d'équité d'accès entraînera souvent une réduction de l'efficacité du système de santé (Tanser *et al.*, 2009).

En France, au regard de la distance physique, 84 % de la population vit dans une commune avec au moins un médecin généraliste en 2010 et la totalité de la population française a accès en moins de 15 minutes à une commune équipée d'un médecin généraliste libéral (Barlet *et al.*, 2012a). Selon ce seul critère on pourrait juger satisfaisante l'accessibilité à l'offre de soins. Seulement si la distance physique est une composante de la proximité, elle ne garantit pas l'accessibilité (Barlet *et al.*, 2012a), qui est multidimensionnelle.

Ainsi, l'accessibilité aux soins peut être contrainte par des barrières financières ou culturelles entraînant des situations de renoncements ou de refus (Desprès *et al.*, 2011 ; Jusot et Wittwer, 2009). La présence de médecins non conventionnés peut ainsi créer une barrière financière aux soins.

La disponibilité du service est une autre composante de l'accessibilité. La présence d'un médecin dans une commune ne garantit pas sa disponibilité, cela dépendra de sa patientèle et se traduira par délais d'attente plus ou moins longs. Une étude menée en Auvergne sur les médecins ruraux met en évidence leur suractivité et la part importante des visites à domicile, rejaillissant sur la disponibilité de l'offre (Evrard, 2002). De la même manière, la disponibilité du médecin le jour (continuité des soins) et la nuit (permanence des soins) est différente. La prise en compte de la disponibilité de l'offre et de la demande potentielle des usagers a été prise en compte dans l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée, l'APL (Barlet *et al.*, 2012b). Cet indicateur communal tient compte du niveau d'activité des médecins pour mesurer l'offre et du taux de recours différencié par âge des habitants pour mesurer la demande. Il considère également l'offre de médecins et la demande des communes environnantes. Cet indicateur mesure la disponibilité potentielle des médecins généralistes, masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers.

L'accessibilité dépend également du contexte géographique : urbain, rural ou périurbain. Le nombre de praticiens dans ces espaces rapporté à la population, montre une moindre dotation des espaces ruraux (Steinhauser, 2014). D'autres facteurs peuvent intervenir : en milieu rural, la population devra, par exemple, parcourir de plus longue distance pour accéder aux soins, ce qui en fait diminuer l'usage ; elle aura également un choix plus limité et consacra ainsi plus de temps à comparer les offres avant de voyager (Haggerty *et al.*, 2014 ; Hunsaker & Kantayya, 2010 ; Russel *et al.*, 2013). Pour autant, la distance étant un fait courant en milieu rural elle est rarement évoquée comme une barrière, ce qui davantage le cas en milieu urbain (Haggerty *et al.*, 2014). La distance dépend aussi du type de soins elle apparaît davantage discriminante dans l'accès au généraliste que dans celui à l'hôpital (Comber *et al.*, 2011). Différents niveaux de ruralité existent (McGrail & Humphreys, 2014), et l'augmentation du niveau de ruralité est corrélée à des maladies témoignant de manques de soins ambulatoires (Laditka *et al.*, 2012).

L'accessibilité varie également selon le type de population : par exemple, un état de santé dégradé ou le fait de ne pas disposer de voiture influencent négativement l'accès aux soins (Comber *et al.*, 2011). En zone urbaine, outre la barrière financière possible en France, la saturation de l'offre visée, la langue, ou des modes de recours spécifiques selon les populations vont constituer autant de barrières possibles à un recours (Charreire, 2006).

Ainsi, plusieurs composantes jouent sur l'accessibilité aux soins. La répartition spatiale de l'offre de soins influe sur la disponibilité, la distance à celle-ci et constitue ainsi un des principaux facteurs d'inégalité.

3.3.2 Les soins de premiers recours en France

En France la Loi HPST renforce le médecin généraliste de premier recours comme pivot de l'organisation et fait de l'accès aux soins de premiers recours une priorité :

« L'accès aux soins de premiers recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'ARS au niveau territorial et conformément au SROS ».

Au sens de la loi, les soins de premiers recours comprennent :

- la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
- l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- l'éducation pour la santé.

L'offre de soins de premier recours est assurée par les professionnels de santé en collaboration ou en coopération avec les établissements et les services de santé, sociaux et médicosociaux.

Le médecin généraliste de premier recours a pour mission :

- de contribuer à l'offre de soins ambulatoire en prenant en charge la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi du malade ainsi que l'éducation pour la santé ;
- d'orienter le patient dans le système de soin et le secteur médico-social ;
- de s'assurer de la coordination des soins de ses patients; de veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections longue durée et contribuer au suivi des maladies chroniques ;
- d'assurer la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ; de contribuer à des actions de prévention et de dépistage ;
- de participer à la permanence de soins ;
- de contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de 2e et 3e cycles universitaires (HPST, 2009).

Les soins de premiers recours connaissent actuellement un mouvement de structuration, illustré par ces définitions mais aussi par la réforme du médecin traitant de 2004, qui prévoit un fléchage du parcours de santé à partir de ce médecin qui réoriente ensuite, si nécessaire vers des spécialistes. Autre mouvement fort, la mise en place d'une approche territorialisée de cette offre de soins progressivement conceptualisée à travers les SROS et de manière plus affirmée dans les SROS-PRS et prévoyant un volet ambulatoire relatif aux soins de premiers recours.

3.3.3 Les services de santé et les services de soins de premiers recours sont-ils des services comme les autres ? Peut-on parler de services de proximité ?

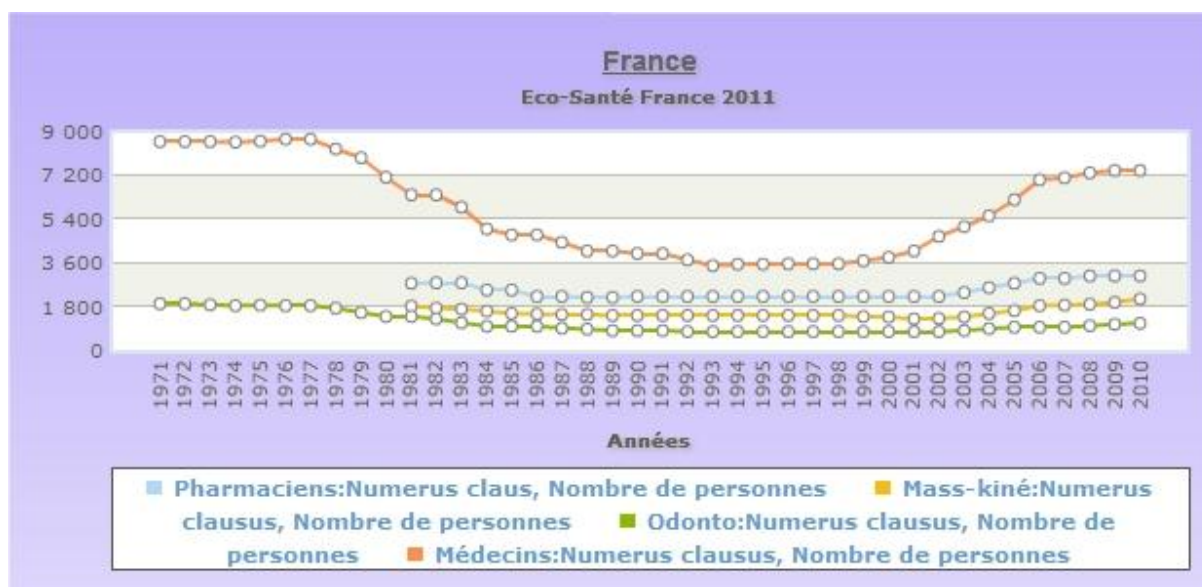
Les services de santé peuvent être considérés comme des services hybrides ayant des caractéristiques de services marchands et celles de services non-marchands. Ainsi, si certains établissements obéissent à une logique de rentabilité, comme les cliniques, d'autres comme les hôpitaux s'inscrivent dans des logiques de services publics. Les médecins généralistes libéraux sont aussi amenés à réaliser des missions de services publics comme la participation à la permanence des soins.

Les soins de premiers recours sont souvent catégorisés comme soins de proximité, ou comme appartenant aux services de proximité de par la nature des professionnels de santé (généraliste, infirmier, masseur-kinésithérapeute...). Au rang des services et équipements de proximité, on retrouve ceux du quotidien tel que la boulangerie, l'école, la poste ou encore l'épicerie. On peut dès lors se demander si les professionnels de premier recours, dont on sait qu'il sont consultés en moyenne près de quatre fois par an pour un médecin généraliste, trois fois par an pour un masseur-kinésithérapeute et sept fois par an pour un infirmier (Barlet *et al.*, 2012), peuvent être considérés comme un service de proximité, bien que 90 % de la population consulte au moins une fois son généraliste dans l'année (ESPS, 2014), ils restent relativement peu sollicités. Par ailleurs, les patients ne consultent pas forcément au plus près leur généraliste, c'est-à-dire dans leur commune de résidence (Barlet *et al.*, 2012). Des études sur les pratiques spatiales des patients révèlent que la distance moyenne parcourue pour consulter un omnipraticien (sans les visites) est de moins de 15 minutes en voiture pour 82,5 % des patients et moins de 10 minutes pour 72 % d'entre eux.

3.3.4 La formation des professionnels de santé de premiers recours

En France, la formation des médecins, pharmaciens, dentistes est régulée par le *numerus clausus*, arrêté annuellement par le ministère, qui détermine le nombre d'étudiants admis en deuxième année. Il a été mis en place en 1971, afin de limiter le nombre de médecins formés. Il s'agit du principal levier mobilisé par les pouvoirs publics pour réguler l'offre de soins. Alternant des phases de restriction et d'ouverture, il est en partie à l'origine de la situation actuelle de diminution de l'offre (Graphique 2). En effet, il a été drastiquement réduit dans les années 1980 pour faire face à l'époque à un nombre jugé trop important de médecins, mais aussi dans le but de réduire les dépenses de santé, avant d'être progressivement ouvert au début du millénaire pour atteindre 8 000 étudiants en 2013.

Graphique 2 - Évolution du numerus clausus en France selon les professions (source : Eco-santé)



Après six années d'étude, les médecins passent le concours des épreuves classantes nationales (ECN), qui remplace l'ancien concours de l'internat, après lequel ils choisiront leur spécialité et leur lieu de formation selon leur classement. Ceux qui choisissent la spécialité de médecine générale auront encore trois années d'internat. La formation d'un médecin généraliste dure donc au minimum 9 ans.

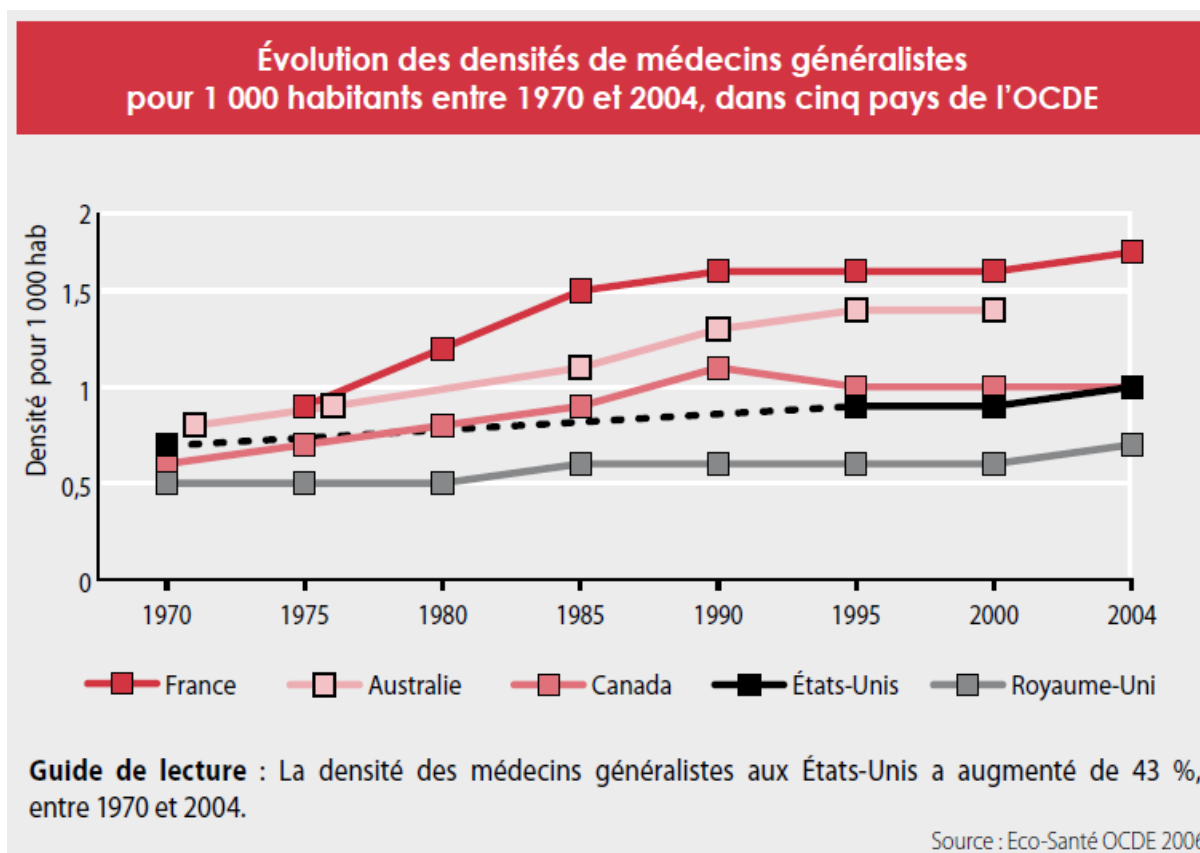
A la fin de leurs études, les médecins sont libres de s'installer où ils veulent, ainsi que de choisir leur exercice (salarié, libéral, mixte, remplacement, en groupe, individuel, mode d'exercice particulier...). Cette liberté d'installation est notamment à l'origine des inégalités de répartition géographique des médecins.

En janvier 2014, la Drees recense 219 834 médecins en France. Parmi eux, 102 140 sont des spécialistes de médecine générale, dont 62 986 libéraux exclusifs, en diminution comparativement à 2013. Les femmes représentent 42,4 % des médecins généralistes et 35 % des généralistes libéraux, et leur proportion au sein de l'ensemble des médecins est en augmentation depuis 1990 (Fauvet, 2012).

3.3.5 La situation de la démographie médicale en France

L'état de l'offre de médecins généraliste en France apparaît paradoxal à plusieurs égards. D'abord il ressort que la situation n'a rien d'alarmante comparativement à d'autres pays développés : la France a une densité de médecins généralistes qui augmente depuis 1970 et qui demeure toujours supérieure à des pays comparables (Graphique 3).

Graphique 3 - Évolution des densités de médecins généralistes entre 1970 et 2004 dans 5 pays de l'OCDE



Par ailleurs, plusieurs rapports récents sur la démographie médicale, soulignent que la France n'a jamais eu autant de médecins, en tout cas sur la période récente, mais que cela doit être nuancé selon les spécialités. Ainsi, **le nombre de généralistes a diminué de 6,6 % depuis 2007** malgré l'arrivée de médecins à diplômes européens et extra-européens, ainsi que la progression du nombre de retraités actifs (CNOM, 2014). Dans le même temps le nombre des autres spécialistes a crû de 6 %. Il est nécessaire de bien mettre en regard les effectifs de médecins avec les caractéristiques de la population (augmentation, vieillissement, situations sociales, états de santé), ce qui n'est pas toujours le cas.

Les projections réalisées à la fin du XX^e siècle (Choussat, 1997 ; Vilain *et al.*, 2000), régulièrement mises à jour par la DREES (Attal-Toubert et Vanderschelden, 2009) ou l'ONDPS (2005), anticipaient une baisse prononcée et durable du nombre et de la densité des médecins, jusqu'à l'horizon 2020. Celle-ci serait très certainement suivie d'un « effet rebond » et le nombre de médecins augmenterait ensuite.

La baisse des effectifs couplée à l'augmentation de la population fait craindre, sur la période concernée, une plus forte tension sur l'offre dans les espaces déjà fragiles ou défavorisés. De surcroît, l'augmentation de la population se double d'un vieillissement de celle-ci et la prépondérance des maladies au long cours, faisant ainsi augmenter les besoins de soins globaux de la population française et en particulier celle des espaces ruraux davantage vieillissants.

Par ailleurs, des changements sociologiques majeurs concernant les choix organisationnels et les comportements d'installation des jeunes médecins généralistes libéraux ont plutôt tendance à renforcer les inégalités constatées. Un attrait moindre pour l'exercice libéral, la féminisation de la profession, des aspirations à une durée hebdomadaire de travail réduite, le rôle du cadre de vie dans les choix d'implantation, la crainte de l'isolement (Aulagnier *et al.*, 2007 ; ISNAR-IMG, 2011 ; Langlois, 2001), favorisent l'installation des médecins généralistes dans les grandes agglomérations au détriment des zones rurales (Barlet, Collin, 2010 ; Dussault, 2006). Des changements relatifs à l'exercice de la médecine générale semblent aussi avoir été sous-évalués. Ainsi, un nombre croissant de généralistes se tournent vers les modes d'exercice particuliers, les « MEP » (Cnom, 2009), ou choisissent la filière urgentiste, diminuant ainsi le nombre potentiel de médecins généralistes de premiers recours qui aurait dû être formés.

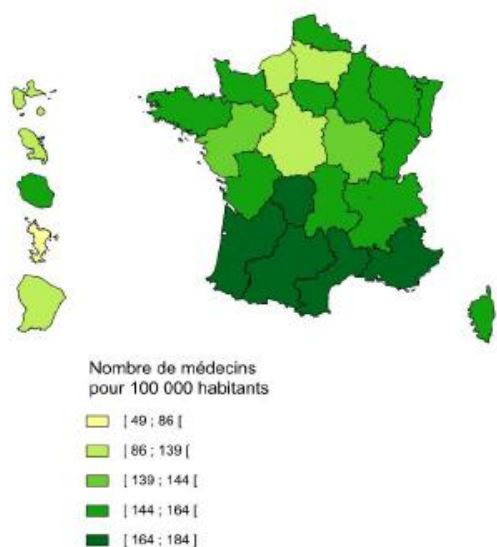
La question centrale en matière d'accès aux soins n'est donc pas seulement celle du nombre de médecins mais bien celle de leur répartition sur le territoire national.

3.4 Les inégalités spatiales de répartition des médecins généralistes libéraux : un fait ancien et persistant

3.4.1 *Les inégalités se lisent à l'échelle régionale et infra-régionale*

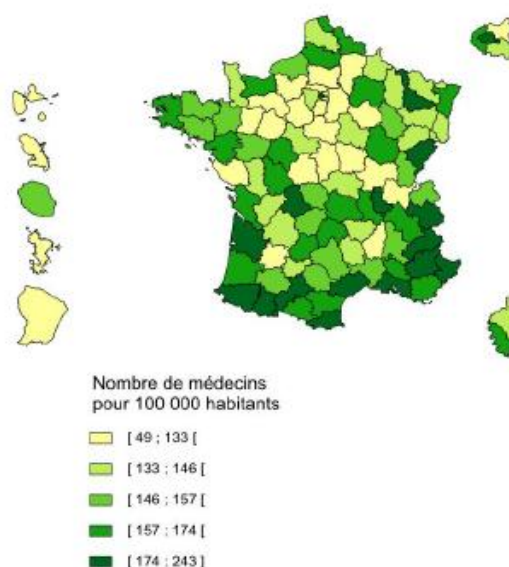
Les médecins sont inégalement répartis, depuis le siècle dernier, ce qui a fait l'objet de nombreux travaux. Les disparités à la fois inter et infra-régionales sont déterminantes dans l'accès aux soins de premier recours (Figure 2 ; Figure 3). Des oppositions apparaissent entre les espaces bien dotés en médecins et attractifs pour eux comme le sud de la France, les départements avec des centres hospitaliers universitaires (CHU), les villes côtières ou touristiques et les espaces moins dotés comme le nord de la France, ou les départements ruraux (Cnom, 2014a ; Lucas et Tonnelier, 1995 ; Rican *et al.*, 2013 ; Sicard, 2013 ; Tonnelier, 1991).

Figure 2 - Densités de médecins généralistes par région en 2013 (Sicart, 2013)



Sources : ASIP - RPPS, traitements DREES, INSEE - estimations de population 2012.

Figure 3 - Densités de médecins généralistes par département en 2013 (Sicart, 2013)



Sources : ASIP - RPPS, traitements DREES, INSEE - estimations de population 2012.

Néanmoins les différences de répartition s'expliquent davantage au sein des régions. Ainsi, 10 % des variations de la distribution géographique des médecins généralistes libéraux peuvent être attribués à des variations régionales tandis que 90 % des disparités de répartition s'observent entre les bassins de vie d'une même région (Barlet et Collin, 2009). Des oppositions entre milieux urbain et rural, centre et périphérie des agglomérations, apparaissent et se renforcent (Billaut *et al.*, 2006 ; Couffignal *et al.*, 2002 ; Rican *et al.*, 1999, 2012). On observe également, plus récemment, une « métropolisation » de l'offre de soins aux dépens des petites et moyennes villes (Vigneron, 2011). Ces disparités rejaillissent notamment sur l'accessibilité aux soins des communes rurales isolées et de celles situées en périphérie des pôles pour lesquelles l'accessibilité potentielle localisée (APL) au médecin généraliste est la moins bonne (Barlet *et al.*, 2012b).

3.4.2 Evolution de la distribution communale de médecins généralistes libéraux entre 2004 et 2012

Les inégalités spatiales d'offre de soins, décrites précédemment, ont peu été explorées à l'échelle communale pour l'ensemble de la France. L'analyse de l'évolution de la distribution communale de l'offre libérale de généraliste entre 2004 et 2012 permet de souligner l'accentuation des écarts.

L'étude se concentre sur les communes dont l'offre de médecins généralistes libéraux a disparu. Elle questionne plusieurs hypothèses, qui corroborent l'existence d'un lien entre les pénuries d'offre de soins et l'absence d'aménités sur les espaces (Mc Grail *et al.*, 2014).

Les hypothèses sont que ces communes sont peu attractives au regard des standards d'installation des médecins généralistes et donc qu'elles :

- sont peu peuplées, peu équipées avec un faible nombre de généralistes;
- ont une situation géographique moins favorable, sont rurales et donc plus éloignées des villes et services ;
- sont davantage situées dans les régions de la « diagonale du vide ».

3.4.2.1 Matériel et méthode

Les données du Système National d'Information Inter-Régime de l'Assurance Maladie (Sniiram) recensent les médecins généralistes libéraux entre 2004 et 2012 à partir des communes principales d'exercice. Les médecins généralistes libéraux hors « mode d'exercice particulier » (MEP) et actifs dans l'ensemble de l'année sont sélectionnés.

Les communes sont qualifiées à partir de plusieurs indicateurs : la population communale en 2010, la dynamique démographique entre 1999 et 2010, le Zonage en Aire Urbaine (ZAU), la distance aux pôles de services et le niveau d'équipements, le département et la région d'appartenance et enfin le nombre de médecins.

Les distances, comme pour l'ensemble de ce travail, sont calculées à l'aide du logiciel Odomatrix. Il calcule le temps d'accès entre les chefs-lieux des communes par la route, en heure pleine et en heure creuse.

L'échantillon est composé de 55 443 médecins généralistes libéraux en 2004 répartis dans 10 071 communes et de 52 751 médecins généralistes libéraux en 2012 répartis dans 9 703 communes.

3.4.2.2 Le recul de la distribution communale en généralistes libéraux renforce les inégalités existantes

Sur l'ensemble de la période, on recense :

- 10 368 communes équipées de médecins généralistes libéraux en France métropolitaine, appelées communes « dotées » ;
- 628 communes dont l'offre en médecins généralistes libéraux a disparu, appelées communes « désertées »
- 260 communes avec l'apparition d'une offre ;
- 42 communes avec une disparition transitoire de l'offre (en 2008) et 37 avec une offre transitoire uniquement en 2008.

Parmi les communes « désertées », 239 l'ont été entre 2004 et 2008 et 389 entre 2008 et 2012. Elles concernent, au total³, 682 204 habitants en 2010 soit 1,1 % de la population métropolitaine, et 6,4 % des communes équipées. Ces communes sont en moyenne peuplées de 1 036 habitants, l'effectif variant de 48 habitants à 4 624 habitants.

3.4.2.2.1 Les communes « désertées » sont principalement des petites communes, en périphérie des villes

La très grande majorité des communes « désertées » ont moins de 2 000 habitants (93 %), et un tiers sont en dépeuplement. Elles sont principalement situées dans les couronnes des grands pôles urbains, dans des communes multipolarisées et dans celles isolées hors influence des pôles (Tableau 3)

Un cinquième des couronnes des moyens pôles ont vu leur offre disparaître alors qu'elles sont déjà peu nombreuses à être dotées de médecins généralistes. Cette proportion est de 11,8 % pour les autres communes multipolarisées, 10,5 % pour les couronnes des petits pôles et 7,8 % pour les communes isolées. Ces résultats montrent une grande fragilisation de ces communes et un renforcement de la polarisation de l'offre de médecins généralistes libéraux dans les villes centres.

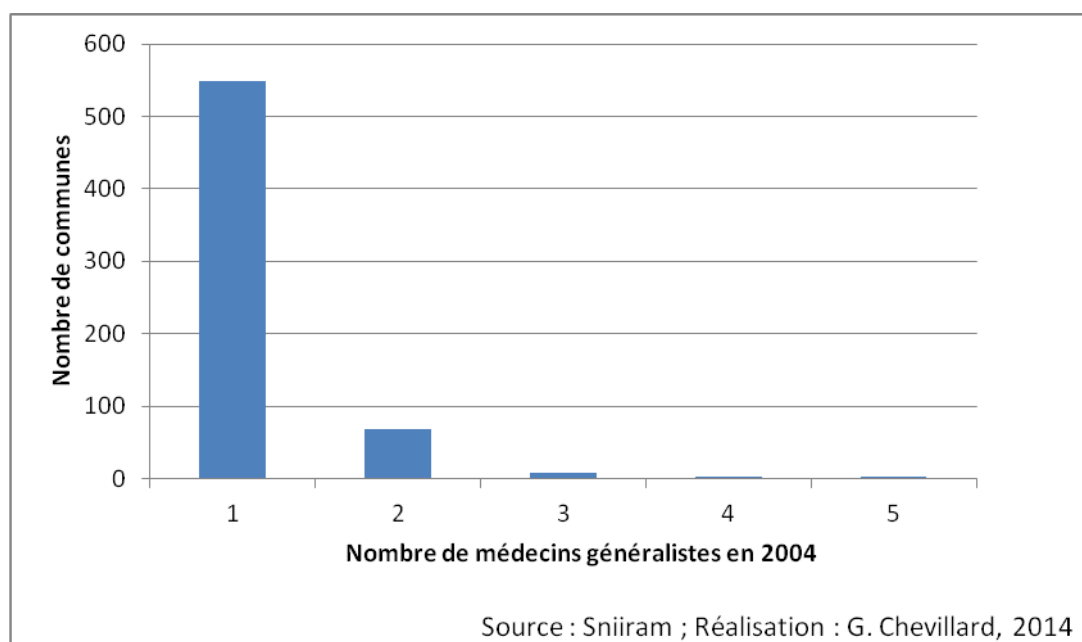
Les communes « désertées » se caractérisent par une offre de soins peu conséquente en 2004 : la très grande majorité d'entre elles (87 %) n'avaient qu'un seul médecin en 2004 (Graphique 2). Enfin, elles sont faiblement dotées en services et se situent désormais en moyenne à 5,8 minutes d'un médecin généraliste.

³ en comptabilisant les communes avec une offre transitoire

Tableau 1 - Caractéristiques des communes « désertées » entre 2004 et 2012 selon le zonage en aire urbaine

Zonage en aire Urbaine (ZAU)	Nombre de communes « désertées »	Nombre de communes dotées	Part des communes « désertées » (%)	Population concernée (%)	Part des communes « désertées » selon la catégorie du ZAU (%)
Grands pôles	54	2 630	8,6	0,3	2,1
Couronnes des grands pôles	220	3 294	35,0	2,2	6,7
Communes multipolarisées des grandes aires urbaines	66	988	10,5	2,1	6,7
Pôles moyens	6	279	1,0	0,4	2,2
Couronnes des pôles moyens	13	64	2,1	3,2	20,3
Petits pôles	22	559	3,5	1,3	3,9
Couronnes des petits pôles	2	19	0,3	1,1	10,5
Autres communes multipolarisées	138	1 174	22,0	3,5	11,8
Communes isolées hors influence des pôles	107	1 361	17,0	2,6	7,9
Total général	628	10 368	100,0	1,1	6,4
<i>Sources : Insee, Sniiram ; Réalisation : G. Chevillard, 2014</i>					

Graphique 4 - Communes « désertées » selon le nombre de médecins par commune en 2004



3.4.2.2.2 Analyse de l'évolution de la distribution communale en médecins généralistes à l'échelle régionale

Les régions les plus marquées par le recul du maillage communal de médecins généralistes sont la Bourgogne, puis la Franche-Comté, le Limousin, la Corse et le Poitou-Charentes (Tableau 2). Dans une moindre mesure, la Picardie et la Champagne-Ardenne sont légèrement au-dessus de la moyenne nationale, puis la Lorraine et la Haute-Normandie. Le Limousin, la Franche-Comté, la Bourgogne et Poitou-Charentes ont le plus de population touchée par ce recul de l'offre.

Dans le même temps, la Corse, le Centre, Rhône-Alpes, Midi-Pyrénées et la Haute-Normandie ont le plus de communes avec une apparition de médecin généraliste. La Corse et le Centre sont celles dont le plus de population est concernée par ces créations.

De manière générale, les régions ont davantage de populations touchées par la disparition d'une offre dans leur commune que par une création. Les seules exceptions sont la Corse où davantage de population est concernée par une création d'offre, et l'Île-de-France où l'équilibre est atteint. *A contrario*, le Limousin, la Bourgogne, la Franche-Comté et le Poitou-Charentes sont le plus touchées par le recul de l'offre de soins, que ce soit en nombre de communes ou en part de population.

Tableau 2 - Caractéristiques des communes équipées de médecins généralistes libéraux entre 2004 et 2012 selon les régions

Région	Communes équipées	Communes « désertées »	Part de communes « désertées » (%)	Part de la population concernée par les communes « désertées » (%)
Limousin	207	19	9,2	2,8
Franche-Comté	304	28	9,2	2,6
Bourgogne	386	44	11,7	2,5
Poitou-Charentes	421	35	9,7	2,1
Picardie	387	28	8,8	1,6
Lorraine	500	34	7,2	1,6
Centre	530	34	6,8	1,6
Pays-de-la-Loire	699	40	5,7	1,5
Aquitaine	646	41	7	1,3
Nord-Pas-de-Calais	681	40	6	1,3
Auvergne	326	18	5,5	1,3
Bretagne	661	30	4,8	1,3
Rhône-Alpes	1 060	58	5,9	1,2
Champagne-Ardenne	280	21	7,9	1,1
Haute-Normandie	279	19	7,2	1,1
Basse-Normandie	324	21	6,8	1,1
Midi-Pyrénées	595	38	6,4	1
Alsace	357	15	4,2	0,9
Languedoc-Roussillon	525	24	4,8	0,8
Corse	71	6	9,9	0,7
Provence-Alpes-Côte-D'azur	480	16	3,8	0,4
Île-de-France	649	19	3,1	0,2
Total France métropolitaine	10 368	628	6,4	1,1
Sources : Insee, Sniiram Exploitation : G. Chevillard, 2014				

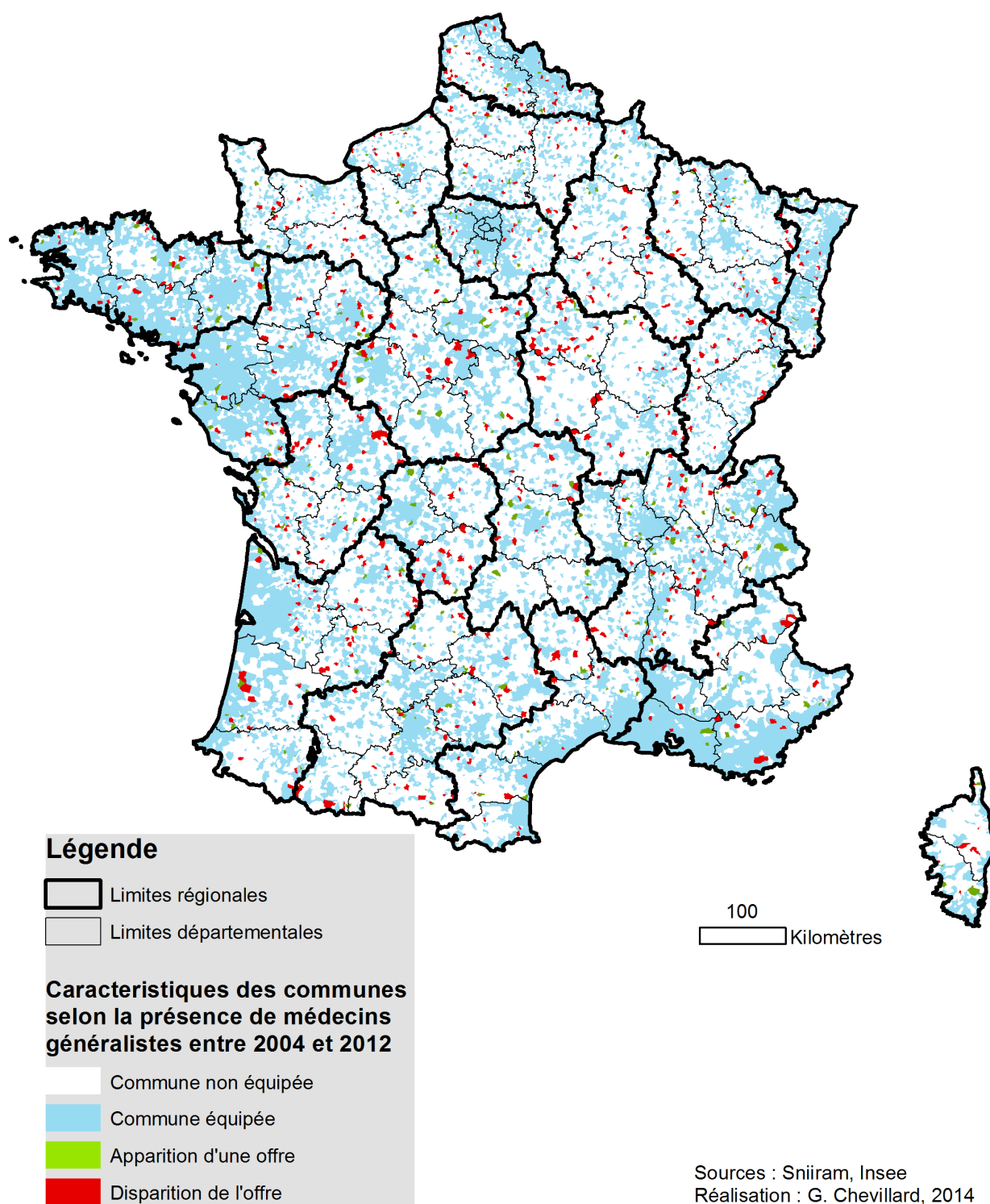
3.4.2.2.1 Analyse de l'évolution de la distribution communale en médecins généralistes à l'échelle départementale

Les départements les plus touchés par le recul de la couverture communale en médecins généralistes sont l'Yonne, la Corrèze, la Lozère, la Haute Saône, l'Ariège, la Haute-Corse, l'Aube, la Meuse et la Haute-Marne. Pour la plupart, cette proportion est plus forte que la région la plus touchée par ce phénomène (la Bourgogne). Par ailleurs, des disparités importantes ressortent au sein des régions, comme par exemple en Bourgogne où l'Yonne est la plus touchée, dans le Limousin où la Haute-Vienne compte peu de communes désertées tandis que la Corrèze est fortement marquée, ou encore en Auvergne où l'Allier est plus touché que le Cantal dont une seule commune a vu son médecin non remplacé. La Corrèze, l'Yonne, la Haute-Saône, la Lozère, le Jura, l'Ariège, le Loir-et-Cher, l'Ain, l'Allier et la Dordogne ont le plus de population concernée par cette diminution de la couverture médicale.

Comme pour les régions, les départements ont davantage de population touchée par la disparition d'une offre de médecin généraliste dans leur commune que par une création. Néanmoins, un certain nombre de départements ont davantage de population concernée par la création d'une offre à l'instar des Alpes-Maritimes, la Corse-du-Sud, le Cantal, l'Eure-et-Loir, le Lot, la Haute-Vienne ou encore l'Essonne.

L'évolution de la distribution communale en médecins généralistes libéraux entre 2004 et 2012 fait apparaître que la Corrèze, l'Yonne, la Haute-Saône et la Lozère sont les plus touchés par le recul de l'offre de soins, selon le nombre de communes et la population concernée. La Haute-Corse ou l'Aube apparaissent fortement touchées par le recul communal mais le sont moins au regard de la population. En revanche le Jura et le Loir-et-Cher dont le recul de l'offre est moindre que certains départements, ont leur population qui est, en proportion, davantage touchée.

Carte 6 - Distribution communale en médecins généralistes libéraux entre 2004 et 2012



3.4.3 Étude des communes très fragiles en médecins généralistes

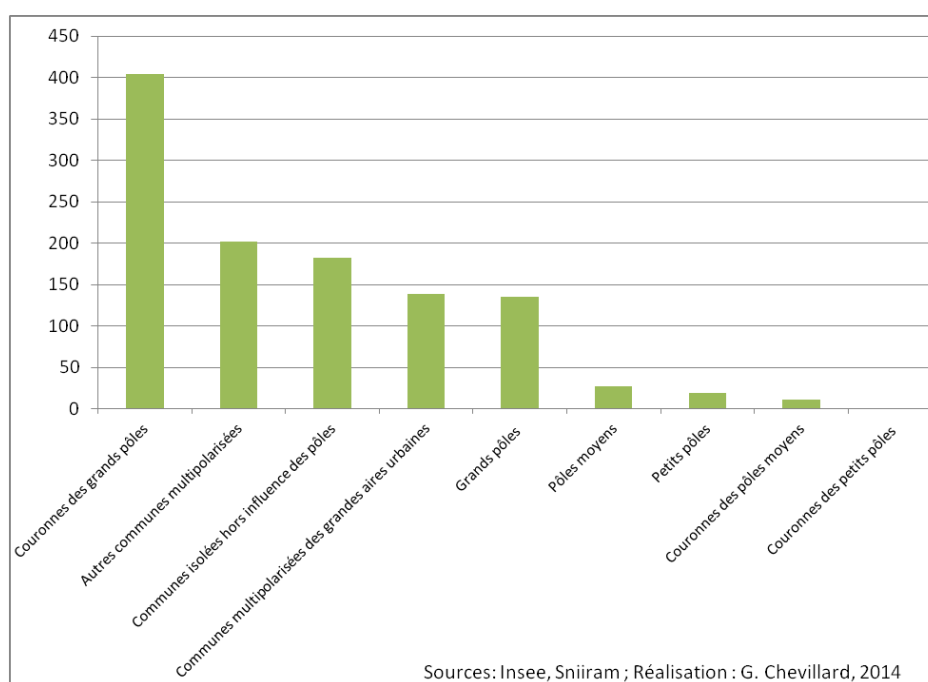
Les communes très fragiles sont celles dotées **d'un seul médecin généralistes de plus de 60 ans en 2012**. Il est ainsi supposé qu'elles sont menacées à horizon de 5 ans par le départ à la retraite du médecin y exerçant. L'étude de ces communes complète celle de l'évolution de la couverture en médecins, et apporte des précisions sur la fragilité des espaces concernés.

3.4.3.1 Les communes très fragiles sont similaires aux communes « désertées »

Parmi les communes équipées de médecins généralistes libéraux, 1 120 apparaissent très fragiles au regard des médecins généralistes.

Elles ont des caractéristiques proches de celles « désertées » : principalement périurbaines, multipolarisées ou bien isolées hors influence des pôles (Graphique 5), et la très grande majorité a moins de 2 000 habitants (84 %).

Graphique 5 - Nombre de communes très fragiles en médecin généraliste selon le zonage en aire urbaine

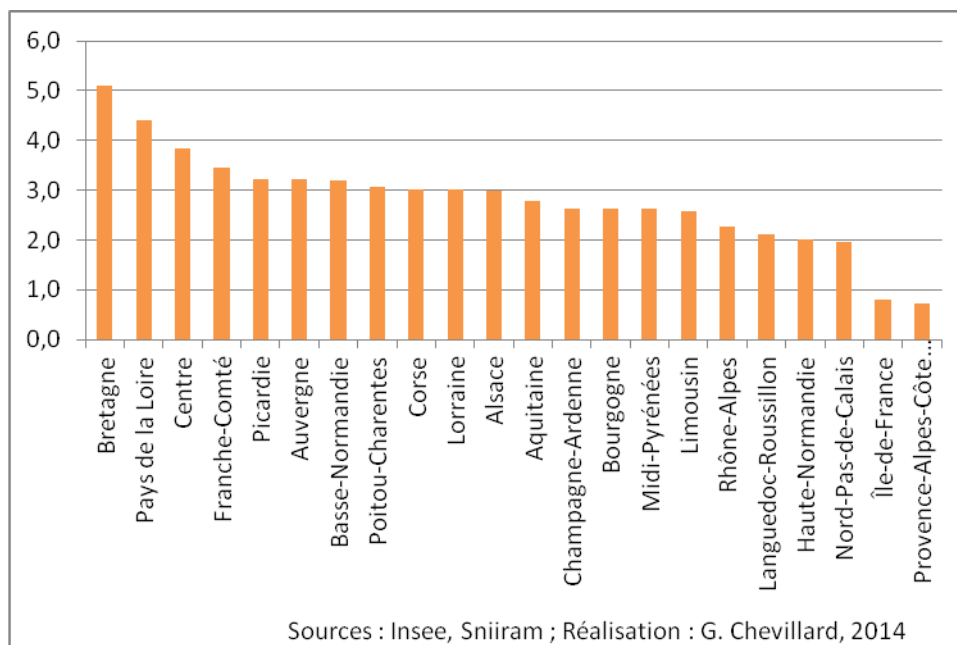


3.4.3.2 Les régions les plus menacées sont différentes de celles les plus « désertées »

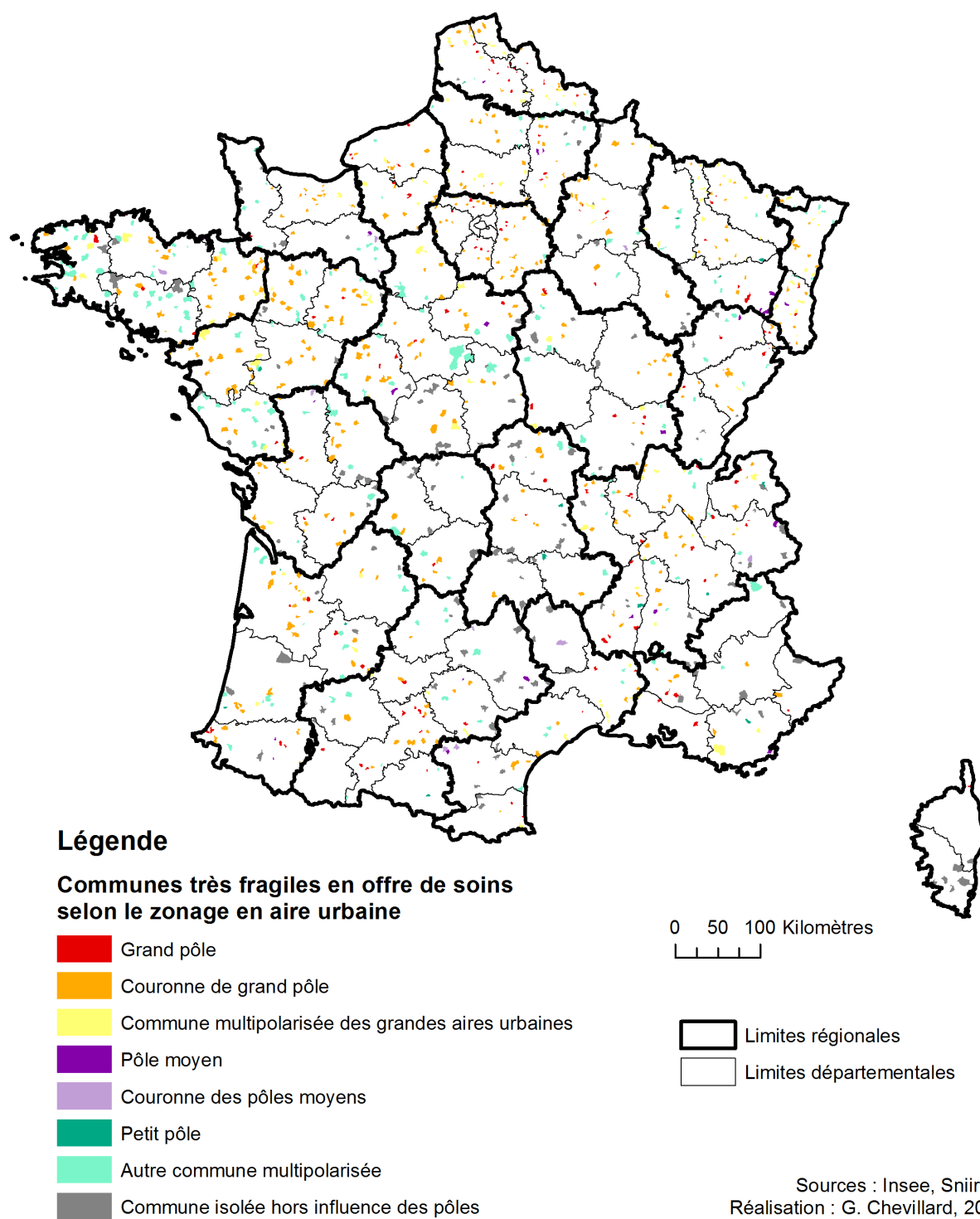
Les communes très fragiles en médecins généralistes menacent principalement les populations de la Bretagne, les Pays-de-la-Loire, le Centre, ou bien encore la Franche-Comté, la Basse-Normandie, la Picardie et l'Auvergne (Graphique 6). Cette géographie ne se superpose pas exactement avec celles

des communes « désertées » où le Limousin, la Franche-Comté et la Bourgogne sont plus marquées. Ainsi l'ouest de la France apparaît davantage fragile au regard de ce type de commune (Carte 7).

Graphique 6 - Part de population dans une commune très fragile en médecin généraliste selon les régions



Carte 7 - Les communes très fragiles en médecins généralistes, selon le zonage en aire urbaine



3.4.3.3 Les départements les plus fragiles diffèrent en partie de ceux les plus « désertés »

La Vendée, le Loir-et-Cher, la Mayenne, le Lot-et-Garonne, la Sarthe, les Côtes d'Armor, le Morbihan, l'Allier, l'Aisne, le Finistère, l'Ardèche, les Vosges et le Territoire de Belfort ont le plus de populations menacées par des communes avec un seul médecin proche de la retraite (cf. annexes).

Cette géographie diffère de celles des communes désertées, et apparaît plus marquée dans l'Ouest de la France, en particulier en Bretagne et Pays-de-la-Loire. En revanche, l'Allier et le Loir-et-Cher sont les plus touchées par le recul du maillage et la part de communes fragiles.

3.4.4 L'évolution de l'offre médecins généralistes libéraux au sein des espaces en dépeuplement

Une nouvelle analyse est ici menée dans les espaces ruraux en dépeuplement. Elle complète celle menée à partir d'indicateurs socio-démographiques (chapitre 1).

La densité de médecins généralistes libéraux en 2012 y est légèrement supérieure à la moyenne des espaces ruraux (83 médecins généralistes pour 100 000 habitants contre 80 en moyenne) et l'accessibilité potentielle localisée est aussi égale à la moyenne. En revanche, d'autres indicateurs démontrent une plus grande fragilité.

L'évolution de la densité entre 2004 et 2012 y est nettement plus défavorable que la moyenne : elle a diminué de 12 % contre 7,7 % en moyenne. A cette érosion s'ajoute un vieillissement plus important des médecins généralistes, laissant supposer une diminution prolongée de l'offre. En effet, la proportion de médecins généralistes libéraux de plus de 55 ans en 2012, y est supérieure aux autres espaces ruraux et y a le plus fortement augmenté entre 2004 et 2012.

En outre, la part de communes « désertées » y est significativement plus élevée que dans le reste des espaces (8 % contre 5,7 %), et la distance moyenne au médecin généraliste y est significativement plus importante, que ce soit en 2004 (2,4 minutes vs 2,0 minutes) ou en 2012 (2,7 minutes vs 2,1 minutes).

Les espaces en dépeuplement sont donc caractérisés par une dégradation plus prononcée de leur offre de médecins généralistes libéraux comparativement aux autres espaces ruraux et apparaissent très fragiles : si la densité apparaît légèrement supérieure en 2012, le recul du maillage et la baisse de la densité y est plus prononcé ainsi que le vieillissement du corps médical.

3.5 Discussion : espaces défavorisés, espaces fragiles en offre de soins et « déserts médicaux »

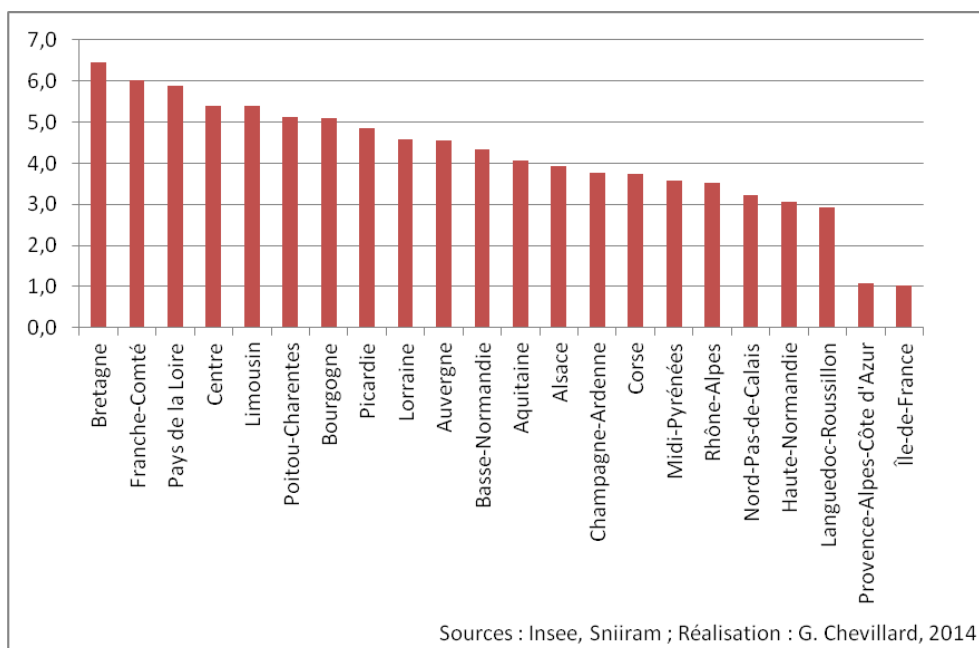
3.5.1 *L'étude de la distribution communale en médecins généralistes et des espaces en dépeuplement montrent des espaces défavorisés ou fragiles au regard de l'offre de soins*

L'échelle régionale montre des situations préoccupantes en Limousin, en Bourgogne, en Franche-Comté et en Poitou-Charentes. Par ailleurs, à l'exception de la Corse et l'Île-de-France, la dynamique de création d'une offre communale de médecins généralistes libéraux est toujours inférieure à celle de la disparition. L'échelle départementale illustre des situations plus préoccupantes pour l'Yonne, la Corrèze, la Haute-Saône, la Lozère ou encore le Jura. La dynamique est défavorable dans la majorité de ces départements.

L'utilisation de plusieurs indicateurs pour qualifier le recul de l'offre de médecins généralistes libéraux complète cette géographie. Les communes fragiles caractérisées par un seul médecin proche de la retraite dévoilent les espaces menacés à court terme : la Bretagne, les Pays-de-la-Loire ou la Franche-Comté apparaissent ainsi davantage fragiles, tandis que qu'à l'échelle départementale la Vendée, le Loir-et-Cher, la Mayenne, le Lot-et-Garonne, la Sarthe, les Côtes d'Armor, le Morbihan, l'Allier, l'Aisne, le Finistère, l'Ardèche, les Vosges et le Territoire de Belfort se distinguent.

Des régions cumulent une part importante de population concernée ou menacée par le recul du maillage en généralistes. La Bretagne, les Pays-de-la-Loire, la Franche-Comté, le Limousin ou le Centre se distinguent avec plus de 5 % de leur population concernée, contre 3,5 en moyenne (Graphique 7). Ce constat est moins marquée à l'échelle départementale suggérant que les départements les plus défavorisés ont vu leur communes fragiles auparavant devenir des communes « désertées » (cf Annexes).

Graphique 7 - Part de population dans une commune « désertée » ou très fragile en médecin généraliste selon les régions



Les communes « désertées » et très fragiles sont bien celles supposées : rurales, en périphérie des villes ou isolées et disposant d'un seul médecin au début de la période d'étude.

L'étude de l'évolution de l'offre de soins dans les espaces en dépeuplement révèle que l'érosion et le vieillissement de l'offre de médecins généralistes libéraux y sont plus prononcés que dans les autres espaces ruraux.

3.5.2 Peut-on parler de « déserts médicaux » ?

Les exemples des communes « désertées » par les médecins généralistes ou des espaces ruraux en dépeuplement suffisent-ils pour autant à décrire des « déserts médicaux » ?

L'état actuel de l'offre de soins en France est décrit par plusieurs qualificatifs : « pénurie de médecins » ou « déserts médicaux » (Hartmann *et al.*, 2006 ; Ondps, 2004 ; Tabuteau, 2004, 2011 ; Vigneron, 2013). Cependant, les espaces concernés gagneraient à être davantage objectivés ou discutés comme cela a pu être esquissé dans certains travaux (Picheral, 2001 ; Savignat, 2013 ; Tonnelier et Lucas, 2001 ; Véran, 2013 ; Vigneron, 2011).

A l'étranger ces espaces sous-dotés, « *underserved areas* » ou « *shortage areas* », ont fait l'objet de nombreux travaux, notamment pour définir des zones de déploiement des dispositifs permettant d'attirer les médecins (Erikson, 2013 ; McGrail *et al.*, 2011 ; Hancock *et al.*, 2009 ; Pathman *et al.*, 2004 ; Viscomi *et al.*, 2013).

En France, la situation actuelle est avant tout liée à des problèmes anciens de répartition géographique, elle persistera en s'aggravant jusqu'à l'horizon 2020, du fait d'une baisse transitoire et

prononcée du nombre de médecins. Celle-ci concerne davantage les généralistes mais aussi certaines spécialités comme les ophtalmologues (Attal-Toubert et Vanderschelden, 2009).

Les communes « désertées » sont rurales et n'avaient qu'un médecin qui n'a pas été remplacé. L'évolution de la distribution communale des médecins généralistes libéraux et ses conséquences sur les distances d'accès, montre que l'offre s'est raréfiée en certains endroits et de manière plus prononcée dans les espaces en dépeuplement. Pour autant, la perte de médecins conduisant à une absence d'offre et à une réduction du maillage communal suffit-elle à définir des « déserts médicaux » ?

Au sens propre du désert médical, à savoir « un espace vide d'hommes, en l'occurrence de médecins et d'auxiliaires médicaux » (Picheral, 2001), la valeur dépendra de l'échelle choisie pour définir l'espace : bassins de vie, intercommunalités et la plupart des cantons sont dotés ne pourraient être considérés comme déserts. En revanche, la référence aux communes sans médecins dévoilerait une grande partie de la France comme un désert médical (Carte 6). La définition selon la seule présence ou absence de médecins apparaît donc limitée.

Néanmoins, si l'on entend comme déserts médicaux une « formule imagée pour qualifier un espace et une population peu ou mal médicalisée » (Picheral, 2001), il convient alors de les situer par rapport à une norme, une moyenne ou à d'autres critères. Ces critères peuvent être multiples : la distance à une offre de soins (spécialisée ou non), la disponibilité et la densité en médecins, l'accessibilité financière ou celle horaire ou la possibilité de choisir son médecin. D'autres critères pourraient être envisagés comme le nombre de plaintes auprès du conciliateur de l'Assurance Maladie pour motif de ne pas trouver un médecin traitant ou encore le risque léthal suite à un accident vasculaire cérébral (Bertrand, 2014). Il se trouve ainsi une multitude de situations de déserts potentiels qu'il conviendrait de catégoriser pour intervenir, ou qui illustrent la nécessité d'une définition plus globale des situations pouvant être qualifiées de désertiques (temps d'accès, disponibilité, niveau de services, maillage ...).

Ces exemples entraînent d'autres questions méthodologiques. Par exemple, quelle est la bonne échelle pour définir un désert médical en soins de premiers recours : est-ce le bassin de vie, l'intercommunalité, le canton, la commune, le quartier ? Quel est le bon seuil pour définir un espace comme « désertique » comparé à d'autres (déciles, quintiles, moyenne, médiane) ? Comment prendre en compte les spécificités locales quand par exemple en zone rurale les médecins se déplacent davantage, ou quand on sait que l'offre ne fait pas le recours (Vaillant, 2009) ?

Ces questionnements illustrent la difficulté de définir les déserts médicaux, auxquelles s'ajoutent les différentes perceptions et utilisations qu'en font les acteurs locaux. En effet, comme le souligne Véran (2013), « *le recours rapide et intense de la presse à l'image du désert médical a eu pour finalité de décrire de façon parlante une situation vécue ou jugée comme problématique. Aujourd'hui encore un territoire est décrété désertique sur la seule foi d'un maire, un pharmacien, un médecin, ou un journal local* ».

L'étude de la répartition des médecins à une échelle fine à travers le temps relativiserait la situation des communes touchées par le recul de l'offre de soins. En effet, s'il apparaît que ces communes étaient dotées de médecins dans les années 1980, période qualifiée de pléthore, qu'en était-il

auparavant ? N'est-ce pas la pléthore qui a conduit les médecins à s'installer dans ces espaces, qui reviennent actuellement à leur état initial ? Cette hypothèse, non explorable faute de données disponibles sur la période et pour la France entière, pourrait faire l'objet de travaux par la suite, à l'instar du travail mené en Île-de-France (Alouis, 2013).

3.5.3 Une désertification à qualifier sur plusieurs aspects

Est-il pertinent de parler de déserts uniquement médicaux ? Ce recul de l'offre de soins n'est-il pas le reflet de fragilités plus globales ? Qu'en est-il aussi de l'évolution des services dans ces espaces et en particulier des services publics (école, poste, trésorerie) ? Certains auteurs américains craignaient l'apparition de « ghettos ruraux » désertés par services publics (Davidson, 1990). Peut-on aussi imaginer le même scénario en France ? Il pourrait être judicieux d'étudier l'évolution d'autres services (boulangeries, postes, écoles, coiffeurs) pour compléter cette approche de désertification des services. Néanmoins, la BPE empêche d'explorer de manière aussi fine que le Sniiram l'évolution des services⁴.

L'évolution des caractéristiques des populations montre-t-elle aussi d'autres désertifications, comme celles des jeunes ou des actifs ? On sait aussi que les déserts médicaux se doublent du phénomène du vieillissement de la population (Savignat, 2013). De telles approches permettraient de mieux comprendre les difficultés globales de ces espaces.

Afin de discuter le concept de « déserts médicaux », ce chapitre a étudié les espaces en dépeuplement, les communes « désertées » et celles menacées par un départ à la retraite de leur seul généraliste. L'approche par les espaces en dépeuplement a révélé un cumul de fragilités et un dépeuplement médical rendant la notion de désertification plus forte. Cet exemple suggère l'intérêt d'une définition pluridimensionnelle des espaces fragiles ou défavorisés (Partie 2). L'approche par les communes a singularisé les espaces touchés ou menacés par la désertification des généralistes et mis en évidence un phénomène concernant l'ensemble des régions françaises.

⁴ Les données anciennement recensées dans la BPE étaient par exemple regroupées sous formes de classes de services (entre 1 et 3 boulangeries par exemple) rendant toute analyse de l'évolution dans le temps caduque.

Chapitre 4 Offre de soins et droit à la santé : les mesures mises en place pour améliorer la répartition géographique des médecins

Ce chapitre se focalise sur l'offre de soins de premiers recours et les questions qu'elle soulève en France et dans différents pays comparables. Les problèmes auxquels sont confrontés ces pays et les mesures mises en place pour améliorer la situation sont abordés. Il s'agit ensuite d'analyser les mesures mises en place en France et la manière dont les maisons de santé sont apparues comme une solution possible pour attirer et maintenir des médecins dans les zones fragiles ou déficitaires.

4.1 Démographie médicale et pénuries locales : des problèmes globaux

Les problèmes de démographie médicale et plus particulièrement de l'inégale répartition des professionnels de santé concernent tous les pays, riches et pauvres (Dussault *et al.*, 2006). Les oppositions les plus marquantes sont celles entre l'espace urbain et l'espace rural, les aires urbaines étant plus attractives pour les professionnels de santé compte-tenu des avantages sociaux, culturels et professionnels procurés (Dussault *et al.*, 2006 ; Hartman *et al.*, 2006 ; Shi Macinko, 2005). Par ailleurs, l'OMS estime qu'il y a un déficit de 4,3 millions de professionnels de santé (docteurs, sages-femmes, infirmières...) dans le monde (WHO, 2006).

Pour faire face à ces déséquilibres, les pouvoirs publics ont élaboré différentes politiques. Celles-ci se basent sur des mesures intervenant à différents moments du parcours des professionnels de santé : la formation initiale, l'installation et l'exercice et peuvent être de nature quantitative ou qualitative, incitative ou coercitive (Barer et Stoddart, 1999 ; Bärnighausen et Bloom, 2011 ; Bilodeau *et al.*, 2006 ; Scott et Jan, 2011). Ces mesures reposent sur la prise en compte des préférences des médecins quant au choix de leur lieu d'exercice. Les premières motivations des médecins sont d'abord personnelles (cadre de vie, possibilité de travail pour le conjoint, bonnes conditions pour l'éducation des enfants) puis professionnelles (absence d'isolement, charge de travail maîtrisée) et enfin financières.

4.1.1 La formation initiale

L'augmentation du nombre de médecins formés est une première solution. Les pouvoirs publics supposent alors que la forte concurrence poussera les médecins à s'installer dans les zones moins dotées. Pour autant, cette mesure ne semble pas efficace aux États-Unis, au Canada et au Royaume-Uni qui ont connu une croissance importante de la densité médicale, mais dont les problèmes de zones déficitaires demeurent entiers (Bourgueil *et al.*, 2006).

Il est aussi possible de former des médecins dans les milieux sous dotés en y installant une école de médecine, ou en y permettant la réalisation de stage, ou encore en créant des filières spécifiques

pour ces zones (Bourgueil *et al.*, 2006). Par exemple, le Finmark, un état rural et reculé situé au nord de la Norvège et manquant de médecins, a mis en place une école de médecine pour attirer les étudiants. L'état a ainsi pu enrayer la pénurie médicale et améliorer le taux de rétention des médecins formés, comparativement à d'autres états similaires, qui ont ensuite suivi cet exemple (Straum & Shaw, 2010).

Certains pays comme les États-Unis, ou plus récemment le Canada, ont opté pour des bourses d'études destinées aux étudiants en médecine en échange d'un exercice en zone déficitaire pour une période donnée. Ces mesures ont un impact notable à court terme mais sont inefficaces au-delà, du fait de la limitation dans le temps de l'obligation de service mais aussi de la possibilité de racheter la bourse pour se soustraire à l'obligation de service avant son terme (Bourgueil *et al.*, 2006).

Il est également envisagé de prendre en compte l'origine géographique et sociale des futurs médecins, quand on sait par exemple, que les professionnels issus du milieu rural sont plus à même d'y rester (Dolea *et al.*, 2010).

4.1.2 L'installation

Dans les pays où il n'y a pas de contrainte sur la liberté d'installation des médecins, des mesures incitatives financières ont été mises en place pour rendre plus attractif l'exercice dans les zones sous-dotées. Utilisées dans plusieurs pays, ces mesures n'ont qu'un effet modéré à court terme et très faible à long terme. Leur impact est considéré comme plutôt positif en Australie, partiellement satisfaisant au Canada et aux États-Unis et peu déterminant jusqu'à présent au Royaume-Uni (Bourgueil *et al.*, 2006 ; Doléa *et al.*, 2010). Des chercheurs ont mis en évidence le coût optimal pour une meilleure efficacité en Australie : il faudrait augmenter les incitations significativement de manière à atteindre 64 % des revenus moyens pour attirer médecins dans les zones les plus reculées et les moins peuplées (Scott *et al.*, 2013).

Il est aussi possible de tenter de restreindre l'installation dans les zones sur-dotées. C'est le cas en Allemagne où ont été définies des zones « sur-dotées » et « sous-dotées » par rapport à la moyenne nationale (Hartman *et al.*, 2006 ; Tuffs, 2011). Mais, cette mesure n'a pas eu d'effets sur les inégalités géographiques et a même conduit à détourner certains étudiants de la filière médicale (Bourgueil *et al.*, 2006).

D'autres pays comme l'Italie, l'Espagne, l'Angleterre ou la Suède contraignent l'installation des médecins (Hartmann *et al.*, 2006). Si la répartition géographique est en conséquence assez homogène en Espagne et Italie, ce n'est pas le cas au Royaume-Uni ou en Suède où des postes demeurent vacants, notamment dans les zones rurales.

4.1.3 Les conditions d'exercice

Il importe de distinguer les mesures visant à attirer les médecins (i.e incitations financières), de celles visant à les maintenir sur un territoire donné (Touati, 2013). Par exemple, aux États-Unis, le taux de

maintien pour les professionnels exerçant en zone rurale ou urbaine est similaire, suggérant que les politiques doivent davantage jouer sur l'installation et le recrutement, responsable des pénuries locales d'offre de soins (Pathman *et al.*, 2004).

Les mesures incitatives mises en place pour retenir les professionnels de santé ont des effets qui varient considérablement entre pays (Dolea *et al.*, 2010). En Australie, il existe peu de preuves indiquant l'efficacité de dispositifs spécifiques et il semble qu'il faudrait davantage jouer sur des réponses plurielles, à l'image de la multiplicité des facteurs influençant la durée de travail des professionnels de santé (Buykx *et al.*, 2010).

En revanche, la mise en place d'une formation continue visant à rompre l'isolement professionnel apporte un meilleur taux de rétention des professionnels dans le Finmark (Straum et Shaw, 2010) et un plus fort souhait de rester en zone rurale (White *et al.*, 2007). En Espagne, la création d'équipes pluridisciplinaires de soins, ainsi que la création de la médecine familiale comme spécialité, accroissant son prestige, ont entraîné une amélioration de l'accessibilité aux soins dans les zones rurales (Hartman *et al.*, 2006).

4.1.4 Le recrutement de médecins étrangers

Aux États-Unis, au Canada et en Australie les pouvoirs publics font aussi appel à des médecins étrangers pour s'installer dans les zones sous-dotées en échange d'une durée minimum d'exercice. Si cette mesure est efficace à court terme, elle ne l'est pas à moyen et long terme du fait de la nature de la politique, limitée dans le temps (Bourgueil *et al.*, 2006). Le Royaume-Uni fait également appel à des médecins étrangers qui représentent 20 % des effectifs (Hartmann *et al.*, 2006).

Les exemples des différentes mesures envisagées par les pouvoirs publics montrent des résultats mitigés. Des auteurs suggèrent qu'il faut tendre vers une cohérence de ces mesures entre elles, mais aussi avec le contexte dans lequel elles s'inscrivent, la portée de politiques unique demeurant limitée (Touati, 2013). Par exemple ; on a vu l'intérêt de compléter les mesures visant à attirer des médecins par des mesures améliorant leur cadre d'exercice.

4.2 Les mesures mises en place en France pour améliorer la répartition des médecins

Depuis 2005 les collectivités locales peuvent mettre en œuvre des mesures pour attirer les médecins, tandis que l'Assurance Maladie a instauré des incitations financières en 2007. Ces mesures, qui ont évolué depuis, sont progressivement développées dans un cadre spatial mieux défini. Deux temps de réflexion structurent la mise en place des dispositifs de l'Assurance Maladie : la définition de zones déficitaires puis la nature des dispositifs à instaurer.

4.2.1 La définition de zones déficitaires

4.2.1.1 Les premières réflexions

Le rapport Descours (2003), est le premier à lancer une réflexion sur les zones déficitaires en matière d'offre de soins. Elles sont alors caractérisées alors par des cantons avec une faible densité (inférieure à 3 médecins pour 5 000 habitants). Une première cartographie nationale des densités médicales, fait ressortir des zones déficitaires éparses principalement dans la moitié nord de la France et qui concernent 1 033 794 habitants en 2001 (Carte 8).

Ce rapport fut suivi d'une étude menée pour l'ONDPS en 2004 caractérisant les cantons les moins bien dotés en médecins généralistes. Sont considérés comme en difficulté ceux dont la densité médicale est inférieure à celle des trois-quarts des cantons, l'activité des médecins est élevée et la consommation de soins faible. Selon ces critères, les zones les moins bien dotées concernaient 86 cantons et 1,6 % de la population nationale (Carte 9). Certaines zones coïncident avec la précédente cartographie, notamment dans le Centre ou la Mayenne, mais plus généralement elles diffèrent.

Carte 8 - Zones déficitaires en matière d'offre de soins (Descours, 2003)

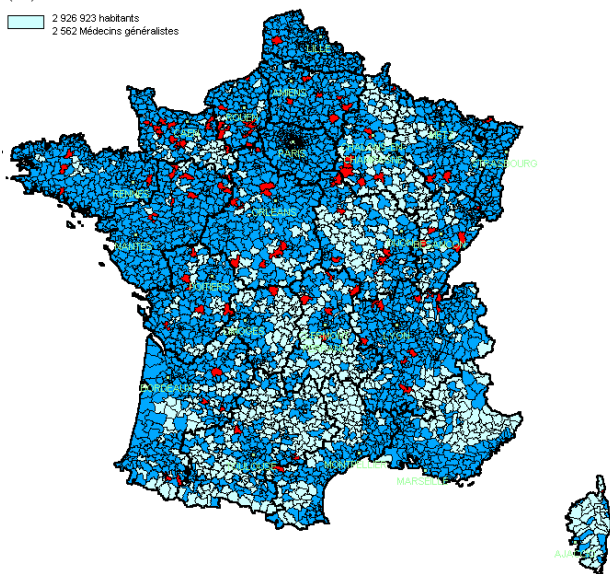
Cantons avec 3 médecins généralistes ou moins pour au moins 5 000 habitants (113)

1 033 794 habitants
394 Médecins généralistes

Cantons de 5 000 habitants ou plus (2758)

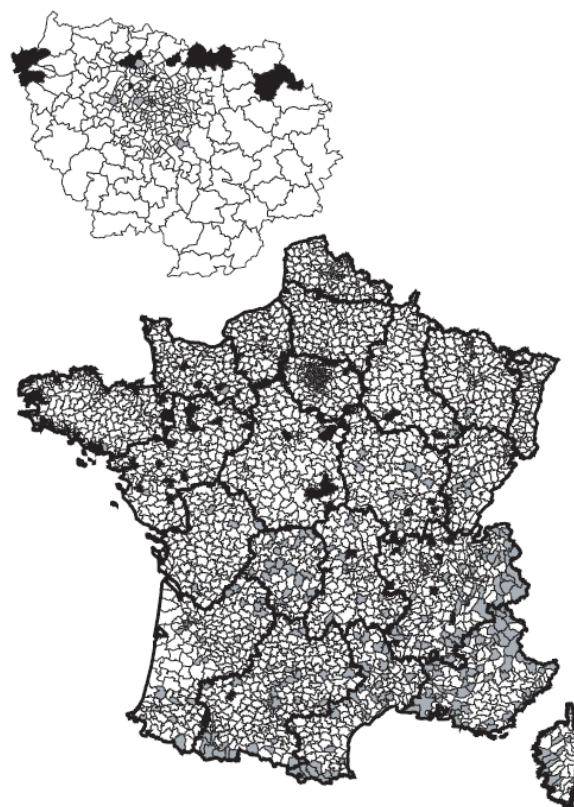
Cantons de moins de 5 000 habitants (948)

2 926 923 habitants
2 562 Médecins généralistes



Source : DHOS-O-03
Le 19/04/03

Carte 9 - Zones les moins bien dotées en médecins généralistes (ONDPS, 2004)

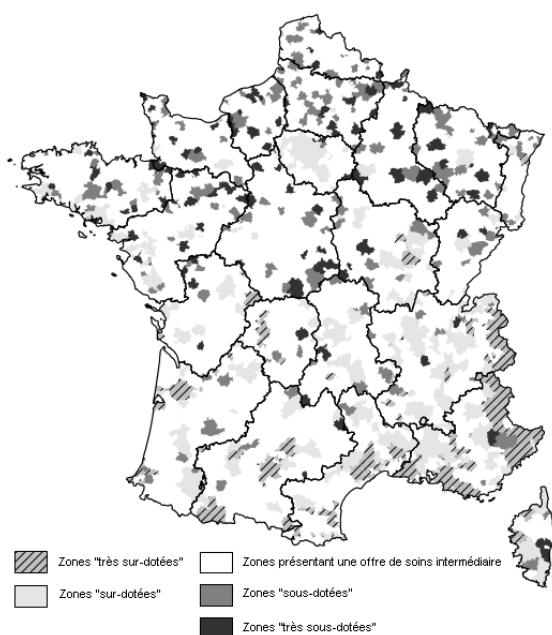


4.2.1.2 Les zonages de l'assurance maladie

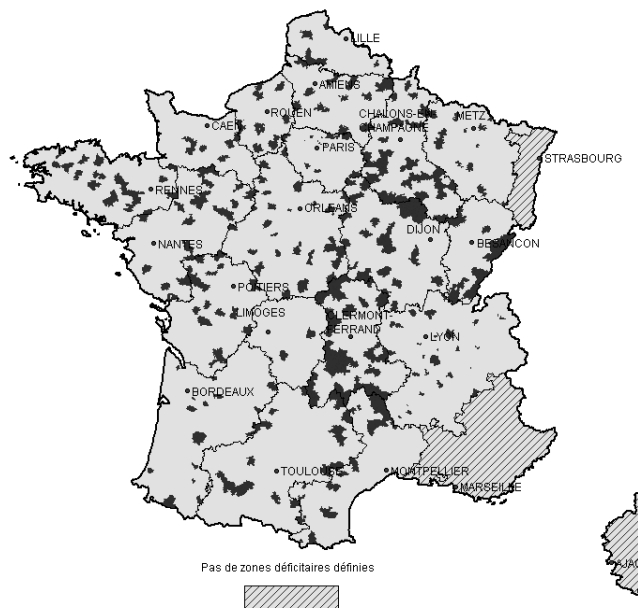
L'Assurance maladie a par la suite élaboré ses propres zonages, afin d'appliquer les mesures conventionnelles destinées à améliorer la répartition de l'offre de soins. Parmi elles, l'avenant 20 à la convention médicale prévoit une majoration des honoraires pour les médecins exerçant en groupe dans les zones déficitaires.

Ainsi, en 2005 la CNAMTS définit à l'échelle nationale des zones en difficultés et des zones fragiles au regard de l'offre en médecine générale. Celles-ci concernent 0,6 % de la population pour les zones en difficulté et 4,1 % en ajoutant les zones fragiles. Ce travail servira de réflexion à la définition des zones déficitaires en matière d'offre de soins dans le cadre des Missions Régionales de Santé (MRS) (DHOS, 2005 ; Carte 10 ; Carte 11). Pour la définition de ces zones, les régions ont une méthodologie libre mais ont des recommandations concernant le périmètre (intérêt de la communauté de commune en zone rurale, seuil d'au moins 1 500 habitants, etc.) et les critères (densité et activité). Le travail des MRS définit 360 zones déficitaires, regroupant 4 % de la population, ne se superposant que très partiellement aux précédentes zones (Ondps, 2005).

Carte 10 - Niveau de dotation des bassins de vie en omnipraticiens (CNAMTS, 2005)



Carte 11 - Communes déficitaires en médecins généralistes (DHOS, 2005)



Une nouvelle circulaire en 2008 définit de nouvelles zones déficitaires (DHOS, 2008). La méthodologie est nationale, fruit d'une collaboration entre la Drees, la DHOS, la DSS et la CNAMTS. Le zonage repose sur les bassins de vie en dehors des grandes unités urbaines (plus de 30 000 habitants) et les pseudo-cantons pour ces unités urbaines. Deux critères sont utilisés : la densité médicale et l'activité mesurée par les honoraires (consultations et visites). Cette méthode fait apparaître 5 profils de zones : des très sous-dotées aux très sur-dotées (Carte 12).

Il est néanmoins possible pour les régions d'adapter ce zonage aux spécificités locales, à condition de ne pas entraîner une augmentation de la population dans les zones sous-dotées de plus de 20 %. Ces modifications doivent se faire en concertation avec les représentants des professionnels de santé de premier recours.

Carte 12 - Niveau de dotation des bassins de vie et pseudo-cantons en généralistes libéraux (DHOS, 2005)

Niveau de dotation des bassins de vie ou pseudo-cantons en généralistes libéraux (hors MEP) en 2006

Source : FINPS, SNIR-PS 2005, Erasme v1 2006

Découpage : pseudo-cantons pour les unités urbaines de plus de 30 000 hab., bassins de vie sinon.

Méthodologie : quantiles

Zonage établi grâce au croisement des 2 critères principaux, densité et activité.

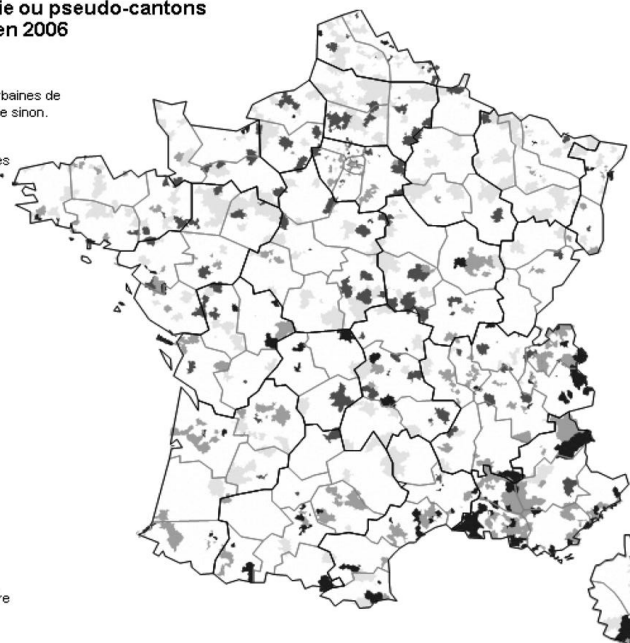
■ Zones les plus dotées

■ Zones plus dotées

□ Zones présentant une offre de soins intermédiaire

■ Zones moins dotées

■ Zones sous dotées



Carte réalisée avec Mgratio : <http://www.migratio.fr/>

CNAMTS/DSES/DEOS - Janvier 2008

Source : DATAR/CNAMTS Fonds cartographiques francièmes (c) tous droits réservés

Depuis 2011, l'Assurance Maladie a établi une convention avec les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes pour réguler les installations. A cette fin elle a créé des zonages pour chaque profession à l'échelle nationale qui comportent 5 niveaux de dotations : très surdotés, surdotés, dotation moyenne, sous-dotés, très sous-dotés. Les professionnels ne peuvent ainsi pas s'installer si le niveau de dotation est trop élevé. Pour les infirmiers (DGOS, 2012), l'ARS peut modifier le niveau de dotation des zones sans dépasser de 5 % le nombre de zones initiales.

Mais comme ces zonages et leurs méthodologies diffèrent, leur lecture est rendu complexe et peu opératoire comme l'a souligné la Cour des comptes (2014). Pour l'exemple, le zonage appliqué aux sages-femmes est à l'échelle des zones d'emplois tandis que celui des infirmiers l'est à l'échelle des bassins de vie et des pseudo-cantons. En outre, le zonage défini de manière nationale, ne permet pas de prendre en compte l'organisation socio-spatiale spécifique de chaque région.

4.2.1.3 En parallèle de l'assurance maladie, d'autres zonages sont élaborés.

Les ARH puis les ARS vont être progressivement chargés de définir des territoires de proximité puis des zonages pluriprofessionnels dans leurs SROS. Les MRS en 2006 vont ainsi définir des zones déficitaires régionales pour y appliquer les aides de l'État et de l'Assurance maladie en faveur des

médecins généralistes. Néanmoins, celles-ci peuvent différer de ceux établis par l'Assurance maladie, nuisant à la mise en place d'aides et à la cohérence d'ensemble de la politique (Bernier, 2008).

Dans le cadre des volets ambulatoires des SROS-PRS (2011), la circulaire relative à leur élaboration utilise désormais l'expression de « zones fragiles » de premier recours où l'offre doit être consolidée (DGOS, 2012), qui correspondent aux zonages pluriprofessionnels. Ceux-ci sont définis par chaque ARS selon leurs propres critères et zonages (le périmètre géographique doit cependant tenir compte d'un découpage reconnu par l'Insee), après concertation avec les différents acteurs concernés. Ces zones fragiles servent de cadre pour cibler les aides de l'État pour l'installation et le maintien des professionnels de santé (contrat d'engagement de service public, praticien territorial de médecine générale, exonération fiscales relative aux revenus perçus au titre de la permanence des soins...). Ce zonage pluriprofessionnel remplace le zonage défini en 2005 par les MRS pour l'application de l'avenant conventionnel.

La part de population en zone fragile définie par région est plafonnée dans un souci d'équité visant à prendre en compte les inégalités répartition régionale en médecins (DGOS, 2012). La Guyane et Mayotte sont les régions avec le plus fort taux de population en zones fragiles (100 %), la Picardie en France métropolitaine (17,3 %). Tandis que PACA a le plus faible taux (1,33 %). Le taux global a été fixé à 7,34 % de la population métropolitaine en zone fragile. Ce seuil est défini par le ministère ce qui n'a pas manqué de faire réagir les régions qui se sentaient lésées (*cf.* partie 3). La fixation de ce seuil, qui peut être critiquée, est « *basée sur les zonages de 2005, ainsi que sur la prise en compte de la correction de l'effet statistique lié à l'analyse par bassin de vie qui pénalise les régions fortement urbanisées* » (DGOS, 2012).

4.2.2 Les réponses des pouvoirs publics pour faire face aux problèmes d'offre de soins

Une des premières réactions des pouvoirs publics fut d'augmenter le *numerus clausus* au début des années 2000. Néanmoins, cette régulation démographique ne s'est pas accompagnée d'une régulation géographique et n'a donc pas permis de compenser les inégalités de répartition (Hartmann *et al.*, 2006). Dans ce contexte et bien que les choix sous-tendant l'installation des médecins soient connus (motivations personnelles, puis professionnelles et enfin financières), des mesures incitatives financières ont été initialement privilégiées par les pouvoirs publics.

4.2.2.1 La loi relative au développement des territoires ruraux (LDTR) de 2005 permet aux collectivités territoriales de mettre en place des mesures pour attirer des médecins

Les aides à l'installation et maintien des professionnels de santé consistent, par exemple, à alléger les frais d'investissement ou de fonctionnement, à mettre à disposition un logement ou un local pour l'activité, à donner une prime d'installation ou une prime d'exercice forfaitaire (art. 108). Des aides destinées aux étudiants de médecine sont aussi prévues et peuvent prendre la forme d'indemnités de déplacement ou de logement, d'indemnités d'étude et de projet professionnel sous condition

d'exercice (art. 108). Ainsi, les conseils régionaux et généraux peuvent, à leur convenance, mettre en place des bourses destinées aux étudiants en médecine. Certains départements, comme l'Allier ou l'Aveyron, sont très actifs (cf. chapitre 3 ; Figure 4 ; Figure 5). Néanmoins, dans l'ensemble l'impact de ces aides n'est pas connu.

La loi prévoit également des exonérations de la taxe professionnelle de deux à 5 ans pour les médecins libéraux qui s'installent ou se regroupent dans une ZRR ou une commune de moins de 2 000 habitants (art. 114). Des mesures similaires ont été mises pour les quartiers prioritaires de la politique de la ville, notamment dans les zones franches urbaines.

Les médecins installés en zones déficitaires sont également exonérés d'impôts sur le revenu pour les rémunérations perçues au titre de la permanence des soins (art. 109).

Figure 4 - Bourse pour les internes de médecine générale dans l'Allier



Figure 5 - Bourse pour les internes de médecine en Charente



4.2.2.2 L'Assurance Maladie met en place des incitations financières en 2007 pour attirer des médecins dans les zones déficitaires

L'avenant 20 à la convention médicale de 2005, approuvé en 2007, a offert la possibilité aux médecins exerçant au moins à deux dans les zones identifiées comme déficitaires par les missions régionales de santé, d'avoir une majoration de 20 % de leurs honoraires.

La nouvelle convention médicale de 2011 a redéfini cette mesure avec la mise en place de « **l'option démographie** », complétée par une nouvelle « **option santé solidarité territoriale** ».

- L'option démographie concerne médecins exerçant en groupe ou en pôles de santé et réalisant au moins les deux tiers de leur activité dans une zone sous-dense. Le médecin s'engage à s'installer ou rester installé 3 ans, en contrepartie il bénéficie d'une aide forfaitaire ainsi qu'une aide à l'activité de 10 % des honoraires annuels (avec plafond de 20 000 €).
- L'option santé solidarité territoriale vise à favoriser une solidarité entre médecins face à la difficulté des praticiens exerçant en zone déficitaire pour se faire remplacer. Le médecin adhérent s'engage à exercer 28 jours par an dans la zone déficitaire sous forme de vacations. En contrepartie, il bénéficie d'une aide à l'activité de 20 % des honoraires annuels (plafond de 20 000 €) ainsi que d'une prise en charge des frais de déplacement.

4.2.2.3 La Loi Hôpital Patients Santé Territoire de 2009 (HPST) instaure notamment des aides aux étudiants en médecine exerçant dans les zones fragiles en offre de soins

La Loi prévoit la création de **contrat d'engagement de service public (CESP)** : bourses d'études destinées aux internes de médecine conditionnées par le choix d'une spécialité moins représentée, ou d'un exercice dans une zone fragile en offre de soins. La durée de la bourse est équivalente au nombre d'années d'exercice en zone prioritaire auquel s'engage l'interne.

4.2.2.4 Le Pacte territoire santé de 2012 crée des postes de médecins salariés dans les zones prioritaires en offre de soins

Le Pacte prévoit la création de 200 postes de **praticiens territoriaux de médecine générale (PTMG)**. Ils garantissent des revenus minimum pendant deux ans en échange d'une installation dans les zones « en voie de démedicalisation », correspondant aux zones prioritaires définies dans le SROS-PRS.

4.2.3 D'autres solutions sont mises en places pour attirer des médecins ou attirer l'attention des pouvoirs publics

Au-delà des mesures mises en places pour améliorer la répartition des médecins, on assiste à des initiatives d'élus locaux, d'habitants ou de professionnels de santé pour faire face à la situation ou attirer le regard sur une situation jugée délicate.

Des élus passent par des agences spécialisées pour recruter des médecins étrangers (Blondin 2012 ; Quarante, 2013 ; Séchet et Visalcu, 2013) afin de trouver un successeur au médecin parti à la retraite. Les transactions sont facturées jusqu'à 40 000 € (Cnom, 2009). Cela est rendu possible depuis 2005, avec la directive européenne unifiant les études médicales en Europe, permettant de recruter des médecins étrangers qui y sont formés. Le phénomène s'est accentué en 2007 avec l'entrée de la Roumanie et de la Bulgarie dans l'Union (Cnom, 2009).

Des élus ont également construit des locaux ou des maisons médicales en espérant attirer des médecins, avec ou sans concertation avec ces derniers (Chevillard, 2010 ; Juilhard *et al.*, 2010), et les bâtiments peuvent se trouver vides. Des maires ont aussi pris le parti de salarier des médecins avec des résultats plutôt positifs (Verbaere, 2014).

Certains élus ont aussi fait des propositions provocatrices comme pour mieux souligner la détresse locale. Une conseillère générale de la Côte d'Or proposait ainsi en 2011 de faire appel aux vétérinaires en cas d'urgence dans les déserts médicaux.

On a également assisté à des initiatives de la population pour la venue de médecins. Par exemple, les habitants de Domats dans l'Yonne ont fait une collecte pour participer au salaire de deux médecins et une infirmière et créer un centre de santé. Dans le Morbihan, à Limerzel ou dans le Loiret à Vienne-en-Val les habitants ont réalisé un clip vantant les atouts de leurs communes afin de convaincre un médecin de venir s'installer.

D'autres initiatives voient le jour comme en Auvergne, où l'ONG Médecins du monde a décidé d'intervenir dans le pays de Combrailles, ancien bassin minier en difficulté. Pas forcément comprise par les élus locaux, il s'agit plus de faciliter l'accès aux soins notamment via de l'aide aux démarches administratives pour consulter dentiste, opticien ou spécialiste, voire faire une demande de CMU...), qu'à un remplacement des médecins exerçant sur place.

A Coucouron dans l'Ardèche, le maire, qui ne manque pas d'humour, a instauré un arrêté municipal interdisant aux habitants d'être malade entre minuit et 6h du matin ! Ceci fait suite à la décision de l'ARS de supprimer les primes de nuit des médecins.

Un médecin généraliste à la retraite a sillonné en vélo les routes entre Maubeuge et Charleville-Mézières. Fortement suivie par les médias (France 3 Nord-Pas-de-Calais, France 2, la Quotidien du médecin, la Voix du Nord) cette initiative veut dénoncer les déserts médicaux et sensibiliser les différents acteurs du champ de la santé.

La diversité de ces initiatives et des acteurs concernés, révèle combien l'offre de soins constitue un enjeu fort dans les territoires français.

4.2.4 *Les effets de ces mesures restent faibles et la multiplication des instances participe à la faible visibilité des dispositifs*

Dans l'ensemble, la littérature relève une influence faible des mesures incitatives financières en France ainsi qu'un manque de visibilité pour les professionnels, mais aussi un manque de suivi ou d'évaluation publique globale (Bourgueil *et al.*, 2007).

La cour des comptes déplore des « *outils complexes et non articulés* » avec une multiplicité des zonages conventionnels et un manque d'articulation avec les autres types d'aides (financement de maisons de santé), ainsi qu'une absence de connaissance globale de ces aides.

Seul, l'avenant 20 à la convention médicale, a fait l'objet d'une évaluation plutôt défavorable : « *le bilan de cette mesure coûteuse (de l'ordre de 20 millions € par an pour 700 bénéficiaires environ avec un bonus moyen de 27 000 €) fait apparaître de nombreux effets d'aubaine avec, en quatre ans, un apport net de seulement une cinquantaine de médecins dans les zones déficitaires* » (cour des comptes, 2011).

Un rapport du conseil général de l'agriculture (2009) relate que les dispositions mises en place par les collectivités « *s'avèrent peu incitatives et n'ont pas eu l'impact attendu. Elles ne conditionnent pas l'aide à une durée d'exercice suffisante (3 ans) et risquent de créer un effet d'aubaine pour les médecins en place qui réclament le même avantage* ».

La cohabitation de deux systèmes de régulations entre l'État et l'Assurance-Maladie et la multiplication des instances de décision participent à complexifier la lecture des dispositifs disponibles. Ainsi cohabitent plusieurs zonages visant à qualifier l'offre de soins : ceux établis par l'Assurance maladie pour les professions réglementées et ceux pluriprofessionnels établis par les ARS dans le cadre du SROS-PRS. Par ailleurs les bourses d'étude des conseils généraux et celles des ARS (CESP) se concurrencent et ne participent pas à favoriser la lecture des aides.

4.2.5 *Offre de soins et territoire : quels enjeux ?*

Le premier enjeu de l'offre de soins est l'accessibilité aux soins pour la satisfaction des besoins. Elle recouvre aussi un enjeu fort d'aménagement et d'attractivité du territoire. La présence d'une offre de soins dans les zones rurales reculées apporte une plus-value à la pérennité de l'espace concerné, mais aussi à son économie et son domaine social (Bailly et Périat, 1997 ; Farmer *et al.*, 2012 ; Prior *et al.*, 2010). Par exemple, la fermeture d'un hôpital, pouvant être le principal employeur local, aura pour les élus et les habitants un impact négatif sur le développement du territoire (Rican et Vaillant, 2009). En effet, au même titre que d'autres services destinés aux populations, l'offre de soins est considérée comme une composante de l'attractivité des territoires et, par suite, comme un déterminant du choix de résidence des populations (Peraldi et Pieri, 2008).

Les différentes mesures mises en place pour améliorer la répartition des médecins en France, principalement incitatives ont montré peu d'effets. Au niveau local, différentes initiatives des élus ou des habitants ont pu voir le jour. Progressivement et à partir de ces initiatives locales, les maisons de

santé sont apparues comme une solution possible pour attirer des médecins dans les zones fragiles ou moins dotées, et constituent ainsi un enjeu fort d'aménagement du territoire.

4.3 Les maisons de santé pluriprofessionnelles : historique et enjeux

Les maisons de santé pluriprofessionnelles sont des structures de premiers recours, réunissant *a minima* deux médecins généralistes libéraux et une infirmière partageant un projet de santé. Avant de les décrire précisément, il est nécessaire de rappeler les facteurs qui ont conduit progressivement à leur émergence : l'exercice de groupe, puis le besoin de coordination des soins.

4.3.1 *L'exercice regroupé, l'exercice pluriprofessionnel*

Les formes d'exercice regroupé et pluriprofessionnelles d'offre de soins de premiers recours sont répandues dans d'autres pays, la France connaissant un certain retard⁵ (Mousquès, 2011). Une revue de la littérature sur ces formes d'exercice, fait ressortir les éléments convergents de ce mouvement de réorganisation de ce type de soins. On distingue l'exercice en groupe entre mêmes professions (cabinets de groupe de médecins par exemple), de l'exercice en groupe pluriprofessionnel regroupant à la fois professions médicales et/ou paramédicales.

4.3.1.1 *L'exercice en groupe : quelles plus-values par rapport à l'exercice individuel ?*

La littérature reste nuancée sur l'impact de l'exercice regroupé monoprofessionnel. Elle fait plutôt ressortir des avantages pour les professionnels (conditions d'exercice, etc.), la possibilité d'avoir plus d'innovation et d'assurance de qualité de soins (Damiani *et al.*, 2013). Pour les patients une étude menée en Italie montre qu'il n'y a pas de différence significative de la qualité de prise en charge pour les patients atteints de maladies chroniques entre cabinets de groupe et cabinets individuels (Visca *et al.*, 2013). Toutefois, on observe une plus grande propension des professionnels exerçant en groupe à la coordination que ceux exerçant individuellement (Sarma *et al.*, 2012).

4.3.1.2 *Selon les pays, différentes configurations d'exercice regroupé pluriprofessionnel existent*

⁵ « Ce retard peut être lié au contexte de l'organisation et de la régulation de la médecine ambulatoire en France qui favorisent plutôt des exercices indépendants ou concurrentiels : nature de la contractualisation avec les libéraux, rémunération à l'acte, frontières législatives et réglementaires entre professions » (Mousquès, 2011).

L'exercice regroupé pluriprofessionnel libéral, apparu dans un contexte de réorganisation des soins primaires, vise une amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins à travers la coordination et la prévention, le contrôle de l'augmentation des coûts de prise en charge et de meilleures conditions d'exercice pour les professionnels. Selon les pays, les modes d'exercice regroupé présentent des traits communs mais aussi des différences notables.

Les Groupes de médecins de famille (GMF) au Québec constituent une forme d'organisation des soins primaires relativement récente (Breton *et al.*, 2011 ; Coyle *et al.*, 2014). Ils font suite aux centres locaux de services communautaires (CLSC) où les médecins sont salariés et qui ont connu un échec relatif (Breton *et al.*, 2011). Les GMF ont un statut mixte public et privé, sont consacrés aux soins primaires et leur coût d'opération est financé pour partie par le ministère puis par les professionnels. Sur le plan organisationnel, ils regroupent des médecins travaillant en étroite collaboration avec des infirmières pour dispenser des services auprès de personnes inscrites sur une base non géographique.

En Ontario, les Family Health Team (FHT), des formes similaires aux GMF, se sont développées. Ils diffèrent par une plus grande variété de mode de paiement (Bourgueil, 2013).

Aux États-Unis, des maisons médicales centrées sur le patient ou « *Patient-centered medical homes* » (PCMH) apparaissent suite à un constat critique sur la qualité des soins soulignant une organisation des soins primaires inadaptée à la transition épidémiologique (Bras, 2011). On attend alors des PCMH des économies sur l'hospitalisation via l'amélioration de la prise en charge des soins primaires et une meilleure prévention (Marshall *et al.*, 2011). Les patients des PCMH sont suivis par un médecin généraliste personnel qui dirige une équipe assurant collectivement la prise en charge des soins et leur coordination. Le financement repose sur un paiement à l'acte et une part de capitation mensuelle. L'impact des PCMH n'est pas encore manifeste : on observe tantôt des économies, une amélioration de la satisfaction des patients et de la qualité des soins, tantôt un coût plus élevé par patient dans ces structures (Berryman *et al.*, 2013). Les auteurs appellent à des études plus généralisées afin de faire ressortir de manière plus robuste leurs impacts.

Au Brésil, l'organisation des soins primaires repose de plus en plus sur les programmes de santé familiale (PSF), structurés au niveau de la municipalité, soit le plus petit échelon existant (Fleuret et Hoyez, 2011). Les PSF sont composés d'une équipe de professionnels de santé multidisciplinaires et salariés. Parmi eux se trouvent des agents communautaires, qui ont la mission d'aller à la rencontre de la population pour cibler au mieux les besoins de soins.

En Belgique les maisons médicales (MM) sont nées dans un contexte de relative prospérité permettant la pratique d'une médecine à vocation sociale sur un modèle égalitariste (Morel, 1999). Elles sont composées d'équipes pluridisciplinaires de soins de santé primaires. L'organisation du financement repose sur un paiement forfaitaire des prestations par capitations (pour la moitié des MM), dont le montant est ventilé selon le statut social du patient.

Au regard des différentes formes d'exercice regroupé pluriprofessionnel décrites, des configurations variées de financement existent (paiement à l'acte, forfait, capitation, mixte, salariat). Ces structures n'ont pas toutes la même vocation, allant de l'amélioration de l'efficacité des soins primaires en vue d'économie, à la médecine sociale voire communautaire.

4.3.2 Les maisons de santé en France : une innovation en plusieurs étapes

L'apparition des maisons de santé en France s'est faite en plusieurs phases et sous l'influence de facteurs variés. Certaines sont issues de groupes préexistants ou d'initiatives locales d'autres sont issues des politiques de financement des pouvoirs publics en direction de l'exercice en groupe ou coordonné. Les différentes formes d'exercice en France, qui se rapprochent des maisons de santé et ont pu contribuer à forger l'actuel concept, sont anciennes. Par ailleurs le concept de maison de santé existait auparavant et se référait au domaine de la psychiatrie (Encadré 3).

4.3.2.1 Les consultations charitables, les dispensaires, les centres de santé

L'exercice regroupé pluriprofessionnel ou interdisciplinaire existe en France depuis le début du siècle, avec pour figure emblématique les centres de santé (CDS). Trois étapes marquent leur développement (Colin et Acker, 2009) : les consultations charitables pour les pauvres malades au XVII^e siècle, les dispensaires jusqu'à l'avant-guerre, puis la création de nombreux centres de santé après-guerre dont l'initiative relevait de municipalités, de mutuelles ou d'associations caritatives. Selon la CNAMTS il existait 1500 centres de santé en 1995, répartis en CDS de petite taille, CDS polyvalents, CDS dentaires et CDS infirmiers. Ils ont pour mission de « *participer à l'accès de tous à la prévention et à des soins de qualité. Ils pratiquent le tiers payant et s'engagent à respecter les tarifs conventionnels. [...] ils participent activement à des actions de prévention et de promotion de la santé, favorisant une prise en charge globale de la santé des personnes* » (JO, 2003). Les professionnels de santé exerçant dans les CDS sont salariés. Une étude plus récente fait état de 1 842 centres de santé (Vignerot, 2014).

Les centres de santé ont pu rencontrer une certaine méfiance voir même un rejet de la part des médecins libéraux. L'affaire du CSI de Saint-Nazaire, fermé sous la pression de syndicats de médecins libéraux, illustre cette peur de voir un modèle bouleverser l'ordre libéral de la profession (Durand, 2010).

Encadré 3 - Maison de santé, un vocable ancien

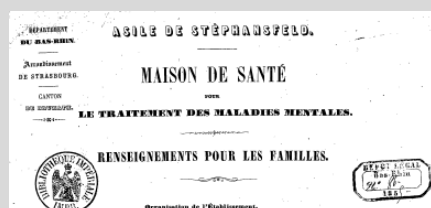
Le vocable « maison de santé » concernait au départ le domaine de la psychiatrie. Les établissements psychiatriques français qui ne faisaient pas l'objet de reconnaissance administrative avant 1838 pouvaient entre autres être appelés des « maisons particulières, des établissements particuliers ou des maisons de santé » (Coldefy, 2010). Parmi ces structures, la maison de santé d'Esquirol, fondée en 1817 (Figure 6), est « *après la maison de la rue Charonne, fondée par le Dr. Belhomme, la plus ancienne maison de santé de Paris* » (Dheur, 1817).

Figure 6 - La maison de santé d'Esquirol fondée en 1817 (Dr. P. Dheur)



Toujours dans le champ de la santé mentale, David Richard, directeur de l'asile d'aliénés de Stephansfeld dans le Bas-Rhin, présente, dans un ouvrage à destination des familles (Figure 7), sa « *maison de santé pour le traitement des maladies mentales*, » (Richard, 1855).

Figure 7 - Couverture de l'ouvrage sur l'asile de Stéphanfeld



Dans la revue « La pratique médico-légale » de mars 1914, le Dr Schneyder relate la « responsabilité civile des aliénés et la responsabilité des maisons de santé », établissements ayant alors vocation à accueillir les aliénés plutôt aisés : « *un aliéné est bien rarement seul, sa famille le garde, ou il est placé dans un asile et si ses moyens le permettent, dans une maison de santé* ».

D'autres maisons de santé anciennes rattachées à des ordres religieux existent mais elles ont une vocation différente. Par exemple, la maison de santé des sœurs augustines fondée en 1827 est une maison de retraite, celle des Dames du Calvaire, originellement établissement hospitalier, est devenue aujourd'hui un centre de soins de suite et de réadaptation (SSR). Actuellement plusieurs établissements comme les maisons de retraite portent l'appellation de maisons de santé (maison de santé du Rosaire, etc.). A Paris, la maison de santé des gardiens de la Paix remplace en 1929 l'hôpital des gardiens de la Paix dans le 13^e arrondissement de la capitale. Elle sera rebaptisée en 1992 de son nom d'origine. Il s'agissait au départ d'un hôpital public, destiné à soigner les Gardiens de la Paix blessés en services commandés (Poisson, 2009). En 1930, les maisons de santé désignaient les cliniques, ou établissements de soins privés (Durand, 2010).

4.3.2.2 Les cabinets de groupe

L'exercice en groupe des médecins généralistes est lui aussi assez ancien. Les premiers cabinets de groupe datent de 1920 (Juilhard, 2007) et leur multiplication s'opère dans les années 1970 (Garros, 2009). Le plus souvent monodisciplinaires, ils regroupent des médecins généralistes ou des spécialistes. Le Dr. Junod créateur du Syndicat National de la Médecine de Groupe (SNMG) et fondateur d'une des premières maisons de santé à Ternay en 1974, incarne ce type de médecine (Cnom, 2009).

Ainsi, certaines maisons de santé sont le prolongement d'anciens cabinets de groupe pluriprofessionnels ou non. La formalisation d'un projet de santé, d'un exercice coordonné reconnu achèvent la transformation en maison de santé (Chevillard, 2011).

4.3.2.3 Les maisons médicales

Ce terme porte à confusion et ne fait pas l'objet de définition officielle précise. Les maisons médicales peuvent regrouper des médecins et d'autres professionnels de santé. Le code de déontologie médicale y fait référence par rapport à l'exercice en commun, pour rappeler «*le principe d'indépendance professionnelle de chaque médecin*» (Juilhard, 2007), ainsi que le code de la santé publique (article R 4127-93). Contrairement aux maisons de santé, les professionnels exerçant en maisons médicales n'ont pas formalisé de projet de santé.

Le flou sémantique peut être illustré par des maisons de santé en fonctionnement qui portent cette appellation de « maison médicale » sur leur devanture (Chevillard, 2011). La Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS) considère que les maisons médicales « existent depuis plusieurs dizaines d'années et ne regroupent que des médecins » (De Haas, 2010), tandis que pour l'Urcam Bourgogne il existait deux types de maisons médicales : celles reconnues aujourd'hui comme de maisons de santé, appelées à l'époque maisons médicales pluridisciplinaires ou maisons de santé et les maisons médicales de garde libérales ou de permanence des soins.

4.3.2.4 Les maisons médicales de garde

Les maisons médicales de garde (MMG) sont des structures affectées à la permanence des soins (Juilhard, 2007), définies comme « *un lieu fixe déterminé de prestations de médecine générale, fonctionnant uniquement aux heures de la permanence des soins et assurant une activité de consultation médicale non programmée. Elle répond à un besoin bien identifié et fonctionne sur la base d'un cahier des charges contractualisé avec la MRS* » (circulaire DHOS/DSS/CNAMTS/01/1B n° 2007-137 du 23 mars 2007).

Une étude sur les MMG met en évidence les difficultés à les recenser et le flou autour de leur définition (Gentile et al., 2005). Les auteurs comptent 97 MMG dont 43 fonctionnelles et 51 en projet (financées) en 2003, pour la plupart localisées dans les zones urbaines et périurbaines, alors

même que les zones rurales étaient déjà considérées comme fragiles. L'apparition de ces structures fait suite à la grève des gardes des médecins généralistes de 2001-2002, qui voulaient marquer la rupture avec les conditions de travail de leurs aînés.

4.3.2.5 Les réseaux de santé, vers un souci d'améliorer la coordination des soins

La Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) de 1999 prévoit l'instauration du Fond d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV), pour financer les actions d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (Grenier, 2004). Ce fond s'oriente donc principalement vers les réseaux de santé. La loi du 4 mars 2002 a inséré, à l'article L. 6321-1 du Code de la santé publique, une définition des réseaux de santé :

« Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations ».

La loi HPST en proposera une nouvelle définition :

Les réseaux de santé « sont constitués entre des professionnels de santé, le cas échéant de maisons de santé, de centres de santé, de réseaux de santé, d'établissements de santé, d'établissements et de services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médicosociale [...] Ils assurent des activités de soins de premier recours, le cas échéant de second recours et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire... ».

Les réseaux de santé peuvent donc englober des organisations de soins primaires. Leur création illustre la volonté de coordonner des acteurs de soins dans le cas présent entre ville et hôpital. L'expérimentation ASALEE, proche des réseaux, prévoit une coordination entre infirmières et médecins et apporte une meilleure qualité des soins pour les patients traités (Mousquès *et al.*, 2010).

4.3.3 L'accompagnement des formes d'exercice regroupé par les pouvoirs publics

4.3.3.1 Un regroupement croissant des professionnels de santé

Plusieurs études ont montré une tendance au regroupement de l'exercice en médecine générale en France. Alors que 43 % des médecins généralistes déclaraient exercer en groupe en 1998, 54 % déclarent cette forme d'exercice en 2009 (Baudier *et al.*, 2010). Ce pourcentage est plus élevé parmi les médecins de moins de 40 ans (77 %). L'exercice en groupe de la médecine générale répond aux

attentes des jeunes médecins : partage des tâches et des charges, possibilités de remplacement, crainte de l'isolement sont autant de motivations au regroupement dans un cadre d'exercice encore principalement libéral (Aulagnier *et al.*, 2007 ; Audric, 2004 ; Beauté *et al.*, 2007 ; Bourgueil *et al.*, 2009a).

Parallèlement au processus de regroupement « spontané » des médecins, principalement monodisciplinaire et de petite taille (2 à 3 médecins généralistes), le regroupement pluriprofessionnel s'est développé. Il reste cependant peu fréquent, concernant seulement 14,3 % des généralistes libéraux (Gautier, 2011). Il a progressivement été conceptualisé au travers des maisons de santé pluridisciplinaires puis pluriprofessionnelles et est devenu l'objet d'une politique publique visant à maintenir, voire construire une offre de soins de premiers recours renouvelée (Bourgueil *et al.*, 2009 ; Mousquès, 2011).

4.3.3.2 Les expérimentations des nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé

La LFSS de 2008 prévoit l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération (ENMR) pour les professionnels de santé, visant à co-financer le fonctionnement de maisons, pôles et centres de santé entre 2009 et 2013, puis 2014 (Afrite *et al.*, 2013). Ces montants affectés aux structures visent à améliorer l'organisation des soins, développer la collaboration entre professionnels et favoriser la mise en œuvre de nouveaux services aux patients (éducation thérapeutique, prévention, etc.).

Les ENMR sont pilotées au niveau national par la Direction de la Sécurité Sociale (DSS) et la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) en relation avec l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM). Au niveau régional, les ARS pilotent. L'évaluation méthodologique est coordonnée par l'équipe PROSPERE, dont l'Irdes fait partie. Un des objectifs principaux est d'étudier l'impact de l'exercice regroupé sur l'activité et les pratiques des professionnels de santé. Un objectif secondaire est de comprendre dans quelle mesure ce type d'exercice modifie l'offre de soins, en termes de productivité et d'attractivité pour les professionnels (Bourgueil et Mousquès, 2014). En 2013, 149 sites participent aux ENMR, dont 115 maisons de santé et 34 centres de santé (Afrite *et al.*, 2013).

4.3.3.3 Les maisons de santé pluriprofessionnelles : une politique de renforcement et de structuration des soins de premiers recours

Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) composées de professionnels de santé de catégories variées (médicaux, auxiliaires médicaux, voire pharmaciens) ont une activité de soins de premiers recours sans hébergement. Elles peuvent associer des consultations de spécialistes et participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales.

4.3.3.3.1 Des définitions progressives des maisons de santé pluriprofessionnelles

Elles ont été premièrement définies dans le code de santé publique en 2007 dans l'article L 6323-3. La loi du 10 août 2011, ou loi Fourcade, modifiera cette définition insistant sur le cadre du premier recours et ajoutant les pharmaciens aux professionnels de santé.

Définition des maisons de santé - Article L 6323-3 du code de la santé publique, 2007, modifié par la loi du 10 août 2011

La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens.

Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé.

Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à L. 1434-2. Il est transmis pour information à l'agence régionale de santé. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé.

La définition des maisons de santé sera complétée dans l'article 39 de la loi HPST : « Les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant dans une maison de santé élaborent un **projet de santé**, témoignant d'un exercice coordonné et conforme aux orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434 2. Tout membre de la maison de santé adhère à ce projet de santé. Celui-ci est transmis pour information à l'agence régionale de santé ».

Suite à cette définition le projet de santé devient déterminant dans la définition des maisons de santé. Ainsi les structures pluriprofessionnelles de premiers recours, regroupées dans le même bâtiment ou celles « hors les murs » sont des maisons de santé s'ils elles répondent au cahier des charges national et ont un projet de santé validé. Les pôles de santé ont désormais une signification différente au sens de la loi que celle ancienne de maisons de santé multisites.

Définition des pôles de santé - Article 40 de la Loi HPST

« les pôles de santé assurent des activités de soins de premier recours, le cas échéant de second recours [...], et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire prévues par le schéma mentionné à l'article L 1434-5 ».

« ils sont constitués entre des professionnels de santé mais également des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale ».

Le SROS indique par territoire de santé, les besoins en implantations pour l'exercice des soins mentionnés aux articles L 1411-11 et L 1411-12, notamment celle des professionnels de santé libéraux, des pôles de santé, des centres de santé, **des maisons de santé**, des laboratoires de biologie médicale et des réseaux de santé », illustrant l'intégration de ces structures à la politique régionale de régulation de l'offre de soins.

4.3.3.3.2 Des aides financières progressives pour les maisons de santé

A l'issue des États généraux de l'organisation de la santé de 2008, les maisons et les pôles de santé ont été intégrés dans la même politique publique (Bernier, 2008 ; Juilhard *et al.*, 2010 ; DGOS, 2012 ; Maurey, 2013).

Les maisons de santé sont, au départ, issues d'initiatives locales menées par des professionnels de santé (regroupement) ou des élus locaux (construction immobilière). Ces différentes initiatives ont pu être accompagnées par des acteurs locaux grâce à la Loi de 2005, des acteurs régionaux tels que les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), les URML (Union régionales des médecins libéraux), les anciennes agences régionales d'hospitalisation (ARH) ou encore la mutuelle sociale agricole (MSA).-A côté du modèle d'intégration sur un seul site que sont les maisons de santé, les maisons de santé multi-sites se sont développées, associant des professionnels installés sur des lieux distincts mais partageant des objectifs et des services communs.

Ces structures ont progressivement été dotées d'une base légale et fait l'objet de mesures diverses de financement émanant de sources et d'acteurs tels que l'État, l'Assurance maladie, les collectivités territoriales ou l'Union européenne, (Figure 8). Ces fonds sont alloués notamment sous la forme d'aides à l'ingénierie ou à l'accompagnement de projets, d'aides à l'investissement mais également plus récemment d'aides au fonctionnement dans le cadre des ENMR.

4.3.3.3.3 Les aides à l'ingénierie et à l'accompagnement : l'Assurance Maladie

La phase d'ingénierie comporte l'animation de réunions, l'élaboration d'un diagnostic territorial, tandis que l'accompagnement comporte par exemple des conseils juridiques et fiscaux, l'identification de financements, l'aide à l'écriture d'un projet de santé (Juilhard *et al.*, 2010).

Le fond d'intervention régional (FIR) remplace le FAQSV et le FIQCS. En 2012 il a financé des études pour 198 structures d'exercice coordonné dont 160 maisons de santé et 33 pôles de santé : 4,7 millions d'euros ont été versés pour des structures en projet (étude faisabilité, accompagnement) et les structures en fonctionnement (matériel, système d'information) [FIR, 2013]. L'agence pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (Acsé) a réalisé un appel à projet en 2011 visant à conforter le plan dynamique espoir banlieues. Ainsi, une enveloppe de 2 millions d'euros est allouée pour réaliser des études de faisabilité, des diagnostics territoriaux et exceptionnellement l'achèvement d'investissement initiaux (immobilier, matériel...) [Acsé, 2011].

4.3.3.3.4 Les aides à l'investissement : les différents plans nationaux et aides mobilisables

Les maisons de santé peuvent bénéficier d'aides pour l'investissement (construction, achat de matériel) grâce au fond d'intervention régional (FIR ex-FICQS) sous réserve de répondre au cahier des charges. Ces aides ont d'ailleurs connu une croissance importante : 2,4 millions d'euros ont été versés au titre de l'année 2009 à 34 MSP en fonctionnement et 29 en cours de réalisation et 2,3 millions d'euros en 2010 notamment à destination de 72 nouvelles structures (Cnamts, 2012).

- *Les pôles d'excellence rurale (PER) de première (2006) et deuxième génération (2009)*

Pour les PER, les financements proviennent du Fond National d'Aménagement et de Développement du Territoire (FNADT), des fonds spécifiques ou européens (FEADER, FEDER, FSE, LEADER). Les maisons de santé financées par les PER, ne peuvent pas recevoir d'aides dans le cadre du programme d'équipements de 250 MSP rurales.

- *Le plan Dynamique Espoir Banlieues*

Lancé en 2008, ce plan a pour objectif de créer 10 MSP par an parmi les 215 quartiers prioritaires de la Politique de la Ville. Néanmoins, il semble qu'il n'ait pas été mené à terme.

- *Le plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural (2010-2013)*

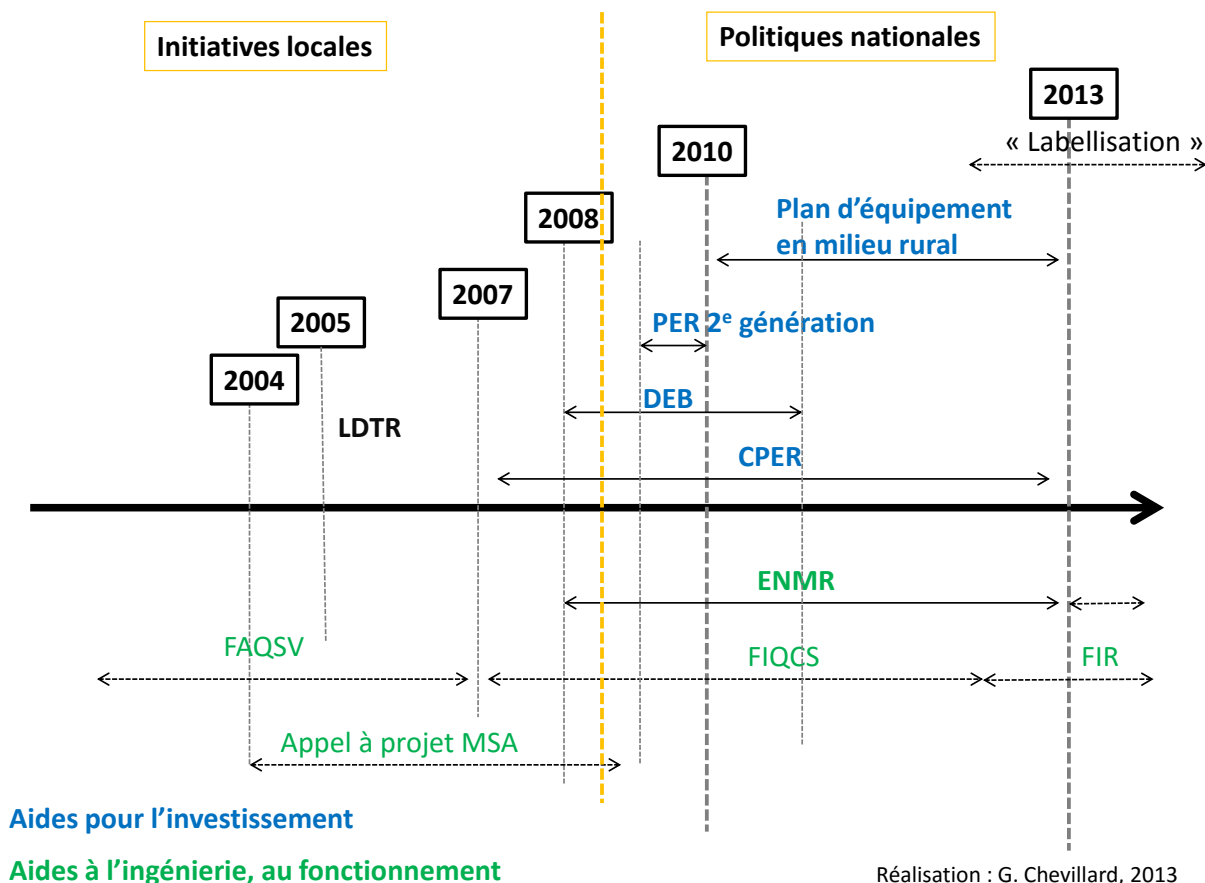
Lancé en 2010, le plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural vise à cofinancer la création de 250 maisons de santé d'ici 2013, dans des zones considérées comme fragiles ou dans lesquelles l'offre de soins nécessite d'être renforcée. Ce plan a ensuite été étendu à 50 structures supplémentaires. Les aides à l'investissement sont accordées par l'État, à partir du FNADT, si le porteur de projet est une collectivité territoriale. D'autres aides à l'investissement peuvent être apportées par les fonds européens (FEADER, FEDER, FSE) ou les collectivités territoriales. L'aide à l'investissement s'élève à un montant forfaitaire estimé à 100 000€ en moyenne par maison de santé soit un budget global de 25 millions d'euros environ, dont 10 millions proviennent du fond national d'aménagement et de développement du territoire (FNADT) et 15 millions de la dotation d'équipement des territoires ruraux (DETR) dont les préfets départementaux disposent.

Les financements sont octroyés si le projet répond au cahier des charges national des maisons de santé (DGOS, 2010). Le cahier des charges prévoit l'élaboration d'un projet de santé qui fait état du diagnostic des besoins de santé du territoire et de l'organisation de la structure, ainsi qu'un projet professionnel assurant un exercice pluriprofessionnel avec au minimum deux médecins et professionnel paramédical (IDE, MK, etc.), une organisation du travail commune et l'accueil de professionnels de santé en formation. Le projet professionnel doit également détailler l'organisation de la prise en charge des patients devant comporter des actions de prévention, une prise en charge pluriprofessionnelle et coordonnée, la coordination des soins avec les autres acteurs du territoire, la continuité des soins et un dispositif de partage d'information sécurisé.

La mise en œuvre du plan varie selon les régions (cf. partie 3). Une phase de concertation avec les différents acteurs régionaux est nécessaire, elle est effective dans un comité de sélection régional

présidé par le Préfet de région et le directeur général de l'ARS. Les autres acteurs concernés sont aussi présents : services des préfectures départementales, URPS et représentants d'élus.

Figure 8 - Récapitulatif des différentes aides pour le financement de maisons de santé



Parées de multiples qualités, les maisons de santé sont considérées comme un des moyens possibles de maintenir une offre de soins de premiers recours, notamment de médecine générale, dans les zones fragiles. Aujourd'hui, les maisons et pôles de santé connaissent un véritable essor : l'Observatoire des maisons de santé de la DGOS en dénombrait 490 en mars 2014, contre 240 en janvier 2013, tandis que le FIQCS en recensait 20 en 2008. Cette dynamique devrait perdurer vu les nombreux projets recensés (environ 500).

Conclusion de la première partie

Cette partie discute les concepts d'espace fragile et d'espace défavorisé. Les exemples utilisés montrent que certains espaces cumulent des difficultés : espaces hyper ruraux et éloignés, espaces en dépeuplement et en désertification médicale, espaces défavorisés économiquement, quartiers urbains politique de la ville, espaces marqués par les restructurations de l'état...

Des études originales, France entière, ont révélé des espaces fragiles ou défavorisés au regard de l'évolution de la couverture en médecins généralistes : espaces en dépeuplement, régions et départements marqués par le recul du maillage en généralistes, petites communes rurales désertées ou avec un seul médecin proche de la retraite.

Les pouvoirs publics ont mis en place des politiques pour accompagner la plupart de ces espaces dans le cadre de l'aménagement du territoire. Concernant l'offre de soins, les maisons de santé constituent une réponse fortement soutenue par plusieurs acteurs (État, Assurance Maladie, jeunes médecins, élus...) pour attirer des médecins dans les zones fragiles ou sous-dotées. Ces structures et d'autres dispositifs s'appliquent dans un cadre spatial qui s'est progressivement construit : autour des zones déficitaires, puis sous dotées et celles fragiles définies par les ARS.

Dans la suite de ce travail deux pistes semblent importantes pour mieux appréhender des espaces fragiles ou défavorisés :

- Leur apporter une définition pluridimensionnelle en prenant notamment en compte les caractéristiques des populations y résidant ;
- analyser la manière dont les maisons de santé, au sein de ces espaces, participent ou non à enrayer des dynamiques d'offre de soins défavorables.

Ainsi, la partie suivante étudie les espaces selon qu'ils sont à dominante rurale ou urbaine dans le but de révéler des situations fragiles et défavorisées à partir de plusieurs indicateurs (partie 2).

Il s'agira aussi de vérifier si l'implantation des maisons de santé s'inscrit dans une logique de réponse aux besoins et si elles permettent d'améliorer ou de maintenir l'offre de soins. Une fois ces éléments établis, il s'agira d'analyser le rôle des maisons dans les dynamiques territoriales (partie 3 et 4).

L'étude de l'offre de soins, mise en perspective avec d'autres indicateurs spatiaux, apparaît comme un marqueur pertinent de dynamiques territoriales. Elle demeure une clé de lecture de l'organisation de la société, révélant des espaces fragiles, attractifs, ou répulsifs et montre pour certains espaces un avenir préoccupant. Au travers de l'exemple de l'évolution de l'offre de soins dans les espaces fragiles ou défavorisés, la question plus générale de leur avenir demeure.

Partie 2 Analyse de l'implantation des maisons de santé à différentes échelles géographiques

Après la réflexion proposée sur les espaces fragiles et défavorisés, cette deuxième partie a un double objectif :

- définir des espaces fragiles ou défavorisés pour la France métropolitaine en prenant en compte plusieurs dimensions dont l'offre et les besoins de soins
- réaliser une analyse spatiale de l'implantation des maisons de santé afin de répondre à la première partie de notre problématique : dans quelle mesure les caractéristiques spatiales peuvent-elles participer à l'émergence de maisons de santé ?

Il s'agit notamment de tester l'hypothèse selon laquelle les maisons de santé sont davantage implantées dans des espaces fragiles ou défavorisés, et qu'elles en constituent un marqueur.

Cette hypothèse est élaborée à partir de la littérature sur la répartition des services et des médecins généralistes libéraux, et les attentes des pouvoirs publics vis-à-vis des maisons de santé (partie 1).

Pour répondre à ces enjeux plusieurs temps structurent cette deuxième partie. En premier, une revue de la littérature présente les principaux outils et concepts nécessaires à l'analyse spatiale des maisons de santé (chapitre 1). Un deuxième temps présente le cadre méthodologique retenu pour cette analyse (chapitre 2). Enfin, l'implantation des maisons de santé est étudiée à plusieurs échelles géographiques (chapitre 3).

Chapitre 1 Les outils de l'analyse spatiale

Ce chapitre, à partir d'une revue de la littérature, présente des éléments utilisés dans le cadre de l'analyse spatiale. La réflexion porte sur les zonages (1.1), l'intérêt des typologies pour distinguer différents types d'espaces (1.2), les manières d'appréhender l'espace selon ses spécificités urbaine ou rurale (1.3) et enfin l'intérêt d'étude à différentes échelles géographiques (1.4).

1.1 Une multiplicité de zonages possibles

1.1.1 Définitions : zonage, maillage, échelle, niveau...

De nombreux concepts existent afin de délimiter un espace donné : le zonage, le maillage, le niveau ou l'échelle sont régulièrement utilisés.

Le **maillage** renvoie à un ensemble de sous-ensembles d'un espace découpé selon une partition (Lévy et Lussault, 2003), permettant de s'approprier et gérer le territoire (Brunet *et al.*, 2005). Il s'agit par exemple du maillage administratif français. Le **zonage**, très utilisé en aménagement du territoire, renvoie également à ce partitionnement de l'espace.

L'**échelle** est un rapport de taille entre différentes réalités (Lévy et Lussault, 2003), mais pour les géographes, en cartographie, elle est un rapport entre une dimension dans la réalité et sa transcription sur une carte. L'échelle est aussi un indicateur de dimension de l'espace considéré, un classement dans les ordres de grandeur (Brunet *et al.*, 2005), elle a donc deux dimensions.

Le **niveau** au sens figuré est un palier, dans une hiérarchie, il a pour synonyme l'échelon (Brunet *et al.*, 2005). Trois niveaux d'étude peuvent être appréhendés par les géographes dans l'étude de phénomènes donnés : micro (individu par exemple), méso (intermédiaire) et macro (phénomène dans sa globalité) (Hervé et Laloë, 2009).

1.1.2 Différents exemples de zonages

La partie 1 présentait l'intérêt des zonages dans l'aménagement du territoire. Nous présentons ici succinctement les principaux zonages utilisés en analyse spatiale.

1.1.2.1 Les zonages administratifs

Les zonages relatifs à l'organisation administrative française (commune, canton, EPCI, arrondissement, département, région) sont disponibles à partir des données de l'Insee. Des données agrégées, comme la densité de médecins, peuvent être calculées pour chacun d'eux.

1.1.2.2 Les zonages d'observation ou les zonages d'étude

Ces zonages sont élaborés par l'Insee mais ne correspondent pas à une réalité administrative.

Le **bassin de vie** est le « *plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants* » (Brutel et Lévy, 2012). On compte désormais 1 666 bassins de vie en France, contre 1 916 en 1999 (France métropolitaine). L'ancienne définition des bassins de vie prenait en compte en plus les trajets domicile-emploi. Si la nouvelle définition s'affranchit de la dimension structurante de l'emploi dans l'organisation territoriale et ne retient que celle de l'accessibilité aux services, ils sont particulièrement adaptés à l'étude de « *la structuration et de la desserte* » du milieu rural « *par la nature des équipements retenus pour leur construction, à savoir les équipements de niveau intermédiaires* » (Julien, 2007). Ils ont l'avantage de reposer sur une définition objective, qui en fait des unités spatiales « comparables ». Cependant, les bassins de vie, ne sont pas, à priori, conçus pour un milieu urbain dense, ce qui pose la question du zonage pertinent pour son analyse.

La **zone d'emploi** est un espace géographique à l'intérieur duquel la plupart des actifs résident et travaillent, et dans lequel les établissements peuvent trouver l'essentiel de la main d'œuvre nécessaire pour occuper les emplois offerts (www.insee.fr).

Une **aire urbaine** ou « grande aire urbaine » est un ensemble de communes, d'un seul tenant et sans enclave, constitué par un pôle urbain (unité urbaine) de plus de 10 000 emplois et par des communes rurales ou unités urbaines (couronne périurbaine) dont au moins 40 % de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle ou dans des communes attirées par celui-ci (www.insee.fr). Le zonage en aire urbaine (ZAU) de l'Insee distingue les grands pôles urbains (plus de 10 000 emplois), moyens pôles urbains (entre 5 000 et 10 000 emplois) et petits pôles urbains (entre 1 500 et 5 000 emplois), les espaces sous leur influence qui ont plus de 40 % de leurs actifs résidents se rendant dans le pôle (couronne périurbaine et communes multipolarisées) et les espaces isolés hors influences des pôles.

Les îlots regroupés pour l'information statistique (**IRIS**) sont des découpages infra-communaux et concernent les communes d'au moins 10 000 habitants et la plupart des communes de 5 000 à 10 000 habitants. Ce découpage constitue une partition du territoire de ces communes en « quartiers » dont la population est de l'ordre de 2 000 habitants (www.insee.fr).

Le **carroyage** est un découpage de l'espace géographique en mailles régulières de formes carrées et fixes (www.insee.fr). L'Insee propose depuis peu des données carroyées à 200 mètres ou à 1 km. Ce type d'approche a notamment été mobilisé par l'Institut d'Aménagement et d'Urbanisme d'Île-de-France (2011) pour étudier l'accessibilité aux médecins de premier recours dans la région.

1.2 Les typologies : une approche synthétique pour distinguer plusieurs types d'espace

Les typologies distinguent des espaces donnés selon des classes ayant un profil voisin pour l'ensemble des variables actives utilisées. Dans un domaine précis, comme le sanitaire, elles permettent de cibler et de guider l'action (Salem, 1998). Cependant, elles ne permettent pas pour autant « *d'expliquer les disparités ou les dynamiques* » observées (Mérenne-Schoumaker, 1999).

1.2.1 *Des exemples de thématiques traitées ...*

Des typologies s'intéressent à la structuration de l'espace français ou à ses dynamiques de peuplement selon qu'il est à dominante rurale, ou urbaine (Abrantes *et al.*, 2010 ; Bigard et Durieux, 2010 ; Pistre, 2012). L'accessibilité aux services (Datar, 2003), les caractéristiques de l'offre de soins (Bessières *et al.*, 2005 ; Coldefy *et al.*, 2010), les besoins de soins à travers les caractéristiques sociodémographiques des populations ou les inégalités socio-sanitaires (Fnors 2006, 2010 ; Lucas-Gabrielli *et al.*, 1998 ; Rican *et al.*, 2010) sont des thèmes qui ont été traités.

1.2.2 *... et de zonages mobilisés*

Les cantons ont été utilisés pour des typologie socio-sanitaires (Fnors, 2006, 2011), ou dans l'étude de l'offre de soins de premiers recours (Bessières *et al.*, 2005 ; Vigneron, 2011, 2014). Les communes notamment pour l'étude des campagnes françaises (Hilal, 2012).

Les aires urbaines ont été utilisées spécifiquement dans la description de l'espace urbain (Bigard et Durieux, 2010 ; Datar, 2012 ; FNAU, 2012). Les zones d'emplois, entre autres, dans l'étude des profils socio-sanitaires (Lucas-Gabrielli *et al.*, 1998), ou des profils de mortalité (Salem *et al.*, 2000, 2006).

Les bassins de vie, dans leur ancienne et nouvelle acception, ont été utilisés plus spécifiquement pour les espaces ruraux (Pistre, 2012 ; Talandier, 2007 ; Bertrand, 2014).

1.2.3 *Les indicateurs utilisés lors de typologies socio-sanitaires ou pour décrire l'offre de soins*

Pour décrire l'état de l'offre de soins, la densité, l'évolution des effectifs, ou la distance aux professionnels de santé sont fréquemment utilisés (Amat-Roze, 2011 ; Bessières *et al.*, 2005 ; Coldefy et Lucas, 2012 ; Fnors, 2006, 2010 ; Vigneron, 2011, 2014), mais aussi d'autres indicateurs comme l'activité ou l'âge des praticiens (Bessières *et al.*, 2005 ; Datar, 2009). L'accessibilité potentielle localisée aux professionnels de santé est un indicateur multidimensionnel prenant en compte le niveau d'offre, la demande locale et environnante (Barlet *et al.*, 2012).

Dans l'appréhension des besoins de soins, de manière écologique, les indicateurs usuels concernent la description socioéconomique et démographique des espaces. La structure par âge affine également la prise en compte des besoins de soins, à partir des consommations de soins connues selon l'âge (Barlet *et al.*, 2012). La répartition de la population par catégories socioprofessionnelles (CSP) permet de distinguer selon le profil social des résidents, dont on sait qu'il influence les recours et les besoins de soins (Bontron *et al.*, 2012 ; Rey, 2009). Des indicateurs de fragilité sociale comme la part de chômeurs, le niveau de revenu, la part de foyers imposés, le niveau d'éducation, les personnes fragiles (personnes âgées vivants seules, familles monoparentales) sont aussi un moyen de mesurer des besoins de soins différenciés (Fnors, 2006, 2010 ; Lucas-Gabrielli *et al.*, 1998 ; Rey, 2009). Des indicateurs relatifs à l'état de santé, à travers l'espérance de vie, la mortalité prématurée,

la mortalité évitable liée au système de soins constituent également de bons marqueurs de besoins sanitaires (Rican *et al.*, 2013).

1.3 Urbain et rural, des définitions multiples

L'espace urbain et l'espace rural font l'objet de différentes définitions dont les critères sont ici interrogés. Toutefois, leur définition demeure un problème récurrent pour les géographes (McGrail, 2014).

1.3.1 *A l'étranger : des définitions statistiques ou administratives de l'urbain et du rural*

Des nomenclatures internationales sont proposées pour définir les espaces urbains ou ruraux, comme le font l'OCDE ou l'Union européenne, mais la catégorisation urbain rural varie fortement aussi selon les pays (Carson *et al.*, 2011 ; Houillon, 2001 ; Pampalon, 2010 ; USDA, 2003)

L'OCDE utilise un critère de densité de population pour définir les espaces peu denses avec le seuil de 150 habitants/km². Ensuite une collectivité est dite rurale si plus de la moitié de sa population habite dans un espace peu dense (Talandier, 2007). Si cette part est de moins de 15 %, la collectivité sera essentiellement urbaine, et si elle est entre 15 % et 50 %, la collectivité sera de type intermédiaire.

La commission européenne propose une définition reposant sur la définition de mailles urbaines ayant plus 300 habitants par km², ces mailles étant de 200 m de côté. Le type d'espace est ensuite défini à partir de ces mailles. Quand plus de 80 % de la population vit dans des mailles urbaines l'espace est urbain. Si la part de population dans des mailles urbaines est entre 50 et 80 %, alors l'espace est qualifié d'intermédiaire, si elle est inférieure à 50 %, l'espace est considérée comme rural.

1.3.2 *Les définitions de l'urbain et du rural en France*

1.3.2.1 *Communes urbaines et communes rurales*

Une commune ou un ensemble de communes forment une **unité urbaine** quand elle(s) « *comporte(nt) sur leur territoire une zone bâtie d'au moins 2 000 habitants où aucune habitation n'est séparée de la plus proche de 200 mètres* » (Insee). Une **commune urbaine** appartient alors à une unité urbaine, les autres communes sont dites rurales. Pour autant, cela ne signifie pas que toutes les communes de plus de 2 000 habitants soient urbaines et inversement. Par exemple, 577 communes rurales ont plus de 2 000 habitants et un tiers de celles urbaines ont moins de 2 000 habitants (Nicot, 2005).

1.3.2.2 Comment définir l'espace urbain ou rural dès lors que l'on regroupe plusieurs communes ?

L'Insee propose une définition de l'urbain ou du rural à l'échelle communale questionnant la définition de regroupements de communes de nature différente (cantons, intercommunalités, bassins de vie ...). Plusieurs possibilités existent mais lissent les réalités spatiales sous-jacentes : zonage en aire urbaine, unité urbaine ou densité. Par exemple, l'espace à dominante urbaine comprend des aires urbaines, mais aussi « *de grands espaces aux paysages ruraux [...] ces espaces périurbains accueillent 35% des exploitations agricoles et 36% de la surface agricole utile* » (Julien, 2007).

1.3.2.2.1 Le Zonage en Aire Urbaine et en pôle d'emploi de l'Espace Rural (ZAUER) et le Zonage en Aire Urbaine (ZAU)

L'Insee a proposé en 1999 le ZAUER. Il distingue l'espace à dominante urbaine, qui est compris dans une aire urbaine⁶, du rural qui comprend un pôle rural ou petit pôle urbain (entre 1 500 et 5 000 emplois), sa couronne et les autres communes de l'espace rural (Insee, 2003). Le ZAUER a été mis à jour en 2011 pour devenir le ZAU.

Le ZAUER et le ZAU ont été utilisés pour qualifier l'espace selon sa dominante urbaine ou rurale à partir du type de la commune centre. Cette méthode a été mobilisée, entre autres, pour distinguer les aires urbaines du rural (Bigard et Durieux, 2010 ; FNAU, 2010 ; Hilal, 2012 ; Laurent, 2013), pour faire ressortir le périurbain (Poulot, 2008), ainsi que pour l'analyse de la répartition des activités entre villes et campagnes (Grosjean, 2005 ; Mordier, 2010 ; Solard, 2009 ; Talandier, 2013).

1.3.2.2.2 Les unités urbaines pour distinguer les bourgs et petites villes des grandes agglomérations

Le seuil de 30 000 habitants permet de situer les unités urbaines. En deçà de ce seuil les bourgs et les petites villes représentent l'espace à dominante rurale, au delà on parle d'agglomérations.

Cette méthode a servi à l'étude de la structuration de l'espace rural (Hilal, 2007 ; Julien, 2007), à la définition des espaces éligibles aux Pôles d'Excellence Rurale, mais aussi à l'Assurance Maladie pour réaliser ses diagnostics de l'offre de médecins généralistes, d'infirmiers et de masseurs kinésithérapeutes libéraux ou encore par certaines ARS dans leurs SROS ambulatoires.

Il est possible de s'affranchir de « *la césure trop brutale entre espace à dominante urbaine et espace à dominante rurale* » en se basant sur deux référentiels (Insee, 2003). Le « rural restreint » renvoie

⁶ L'Insee définit une aire urbaine définie comme « *un ensemble de communes, d'un seul tenant et sans enclave, constitué par un pôle urbain (agglomération de communes offrant 5 000 emplois ou plus) et par des communes rurales ou unités urbaines dont 40 % de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle ou dans des communes attirées par celui-ci* »

aux bassins de vie sans unités urbaine de plus de 30 000 habitants qui sont donc organisés autour des bourgs et petites villes. Le « rural complémentaire » renvoie aux seules périphéries des unités urbaines de plus de 30 000 habitants, soit les périphéries des grandes agglomérations. L'adjonction du rural complémentaire au référentiel rural restreint forme le « référentiel rural élargi » (cf. Annexe 4). Selon cette méthode, l'urbain est donc constitué des unités urbaines de plus de 30 000 habitants.

1.3.2.2.3 La densité est une autre possibilité pour définir espace urbain ou rural

Peu d'études françaises utilisent le critère de densité. L'Insee l'a fait dans le cadre de ses travaux sur les nouveaux bassins de vie, en utilisant les recommandations européennes (Brutel, 2012) : 379 bassins de vie sont urbains (dont les bassins de vie intermédiaires) et 1 287 bassins de vie ruraux. Néanmoins avec les progrès réalisés grâce au carroyage, la méthode selon la densité est une voie prometteuse (Cnis, 2014).

1.3.3 Est-il encore pertinent de distinguer espace urbain et espace rural ?

La séparation entre espace urbain et rural n'est plus forcément pertinente du fait de l'uniformisation des modes de vie, de l'explosion des mobilités et de la périurbanisation qui accroissent les relations et interpénétrations entre ces deux espaces (Ciattoni, 2005 ; Grison, 2013 ; Wachter *et al.*, 2000), à l'origine notamment d'une nouvelle société rurale remplaçant celle paysanne (François-Poncet et Belot, 2008). Certains considèrent que ces espaces ne doivent plus être opposés, mais considérés comme un système où l'un et l'autre ont leur spécificité et leur place et sont donc complémentaires (Bertrand, 2014 ; Wachter *et al.*, 2000). Par ailleurs, cette séparation est rendue complexe par l'émergence du périurbain.

Le terme de péri-urbain apparaît en France en 1966 et désigne alors « *ce qui entoure la ville* » (Prost, 2001). Malgré la vulgarisation de ce terme dans le langage, cette notion demeure floue et ne fait pas l'objet de définition officielle notamment car il s'agit « *d'un entre-deux, un des espaces quotidiens de l'inter territorialité entre des référentiels urbains ou ruraux* » (Vannier, 2012). En revanche, l'origine de la périurbanisation imputable au desserrement urbain (dilution de l'espace urbain central devenu trop dense) fait l'objet d'un plus grand consensus (Prost, 2001 ; Ciattoni, 2005 ; Poulot, 2008 ; Vannier, 2012).

La périurbanisation est à l'origine de l'apparition d'une nouvelle catégorie d'espace rendant flou les limites entre espaces urbains et ruraux ou encore la définition du périurbain. Le « rurbain » (Bauer et Roux, 1976), le « tiers-espace » (Vanier, 2000), les « nouvelles ruralités » (Inra, 2003), « l'entre-ville » (Sievert, 2004), le « rural perdu » (Frémont, 2009) les espaces intermédiaires, ou espaces « ni ... ni », ni campagne ni ville (Merle, 2011), en sont des exemples.

En France l'approche statistique de l'Insee identifie l'espace périurbain⁷, une précédente définition pluridimensionnelle n'ayant pas été retenue⁸.

Cette réflexion sur le périurbain souligne les difficultés méthodologiques ou épistémologiques à le définir. Il n'apparaît pas alors judicieux de le séparer de l'urbain ou du rural, ce qui renforce une approche des espaces selon leur dominante urbaine ou rurale prenant en partie compte de ce « tiers-espace ».

1.4 Les analyses à différentes échelles géographiques

En géographie, l'étude d'un phénomène à travers plusieurs échelles géographiques renvoie à plusieurs méthodes : l'analyse multiscalaire, l'articulation entre les niveaux ou encore l'analyse multiniveaux.

1.4.1 L'analyse à différentes échelles géographiques, l'analyse multiscalaire

Cette démarche offre une compréhension de l'espace toujours supérieure à une vision monoscalaire (Brunet *et al.*, 2005). Par exemple, l'analyse de la répartition des médecins généralistes libéraux en France, met en évidence plusieurs logiques. L'analyse à l'échelle régionale dévoile des régions surdotées qui se traduisent globalement par une opposition Nord/Sud. A l'échelle départementale, l'analyse fait ressortir des départements mieux dotés, en général sièges des centres hospitaliers universitaires (CHU), traduisant une opposition centre/périphérie. Enfin, à une échelle plus fine (bassin de vie ou cantons, ou infra-urbain) l'analyse révélera de nouvelles inégalités entre espaces urbains et ruraux, ou entre quartiers d'une même ville (Partie 1).

1.4.2 L'articulation des échelles d'analyse

L'articulation des échelles d'étude vise à comprendre l'importance de chacune dans la répartition d'un phénomène.

Une première possibilité consiste à étudier un indicateur à différentes échelles géographiques, puis de situer une échelle donnée par rapport aux autres selon l'écart à la moyenne (Boulineau *et al.*, 2009).

⁷ Il s'agit des communes dont plus de 40 % des actifs se rendent dans une autre commune pour travailler, ce qui correspond aux couronnes périurbaines et aux communes multipolarisées des aires urbaines.

⁸ Le périurbain se distingue par une forte densité de population, une mixité de paysages, une forte proportion de construction neuve, une certaine distance de la ville et une majorité d'actifs pratiquant des migrations alternantes

Il est aussi possible de mettre en relation une variable à expliquer avec une série de variables explicatives correspondant à différents échelles géographiques (Buxeda, 2003). Appliqué aux maisons de santé, cette méthode permettrait par exemple l'étude de la proportion de personnes vaccinées de la grippe dans la structure, la commune puis l'intercommunalité, pour mettre en évidence le poids de chaque strate.

Une autre méthode consiste à comparer un indicateur à deux échelles différentes, par exemple la taille de l'agglomération et son appartenance régionale en calculant des « *taux de mortalité régionales pour différentes catégories de communes* » (Rican *et al.*, 2003). Cette méthode fait ressortir l'importance du fait régional, quand des communes de même taille ont des niveaux de mortalité différents et ainsi d'articuler les deux niveaux d'analyse.

L'analyse du changement de niveau permet de « *dégager les structures spécifiques de chaque niveau et extraire ce que l'on perd dans le passage d'un niveau à l'autre* » (Piron 1993 ; Mathian, Piron 2001). Deux méthodes existent : l'étude de l'inertie interclasse ou de celle intraclasse qui repose sur une analyse des correspondances multiples des espaces considérés, puis une analyse de l'hétérogénéité interne des unités spatiales.

1.4.3 L'analyse multiniveau

L'analyse multiniveau est privilégiée pour étudier les effets de contexte ou les effets de quartiers (Herjean, 2006). Elle permet par exemple de distinguer les caractéristiques individuelles des caractéristiques du quartier, et a été utilisée dans l'étude de l'impact du milieu de vie sur l'état de santé de l'individu ou la prévalence d'une maladie (Arcaya *et al.*, 2012 ; Meijer *et al.*, 2012 ; Michimi *et al.*, 2013).

1.5 Conclusion du chapitre

Ce chapitre, théorique, proposait des éléments de réflexion pour construire une méthodologie permettant de qualifier des espaces fragiles ou défavorisés et de mener une analyse spatiale de l'implantation des maisons de santé.

La littérature a montré l'intérêt de typologies pour distinguer les espaces entre eux, les difficultés méthodologiques posées par l'étude des espaces urbains et ruraux, voire périurbain. Il n'existe donc pas d'approche idéale pour appréhender ces espaces, mais bien des choix méthodologiques avec pour chacun, des avantages et des inconvénients, propres aux thématiques étudiées.

L'analyse spatiale d'un phénomène à plusieurs échelles géographiques complète sa description et éventuellement sa compréhension et rend indispensable la prise en compte de plusieurs échelles d'information.

Chapitre 2 Cadre conceptuel et cadre méthodologique

Ce chapitre méthodologique présente dans un premier temps les hypothèses testées quant à l'implantation des maisons de santé (2.1). Il décrit ensuite le cadre méthodologique retenu (2.2 ; 2.3) pour définir des espaces fragiles ou défavorisés selon la dominante urbaine ou rurale des espaces, mais aussi pour étudier l'implantation des maisons de santé à différentes échelles géographiques (locale, intermédiaire, nationale ; Figure 9).

2.1 Hypothèses sur l'implantation des maisons de santé

Les hypothèses sur l'implantation des maisons de santé ont été élaborées à partir de la revue de la littérature menée dans la partie 1, des connaissances acquises sur la répartition des services, de l'offre de soins et aussi des attentes des pouvoirs publics vis-à-vis des maisons de santé.

2.1.1 Les hypothèses selon les échelles d'étude

A l'échelle intermédiaire, il est supposé que les maisons de santé seront davantage implantées dans des espaces défavorisés ou fragiles caractérisés notamment par une démographie médicale défavorable, une situation sanitaire montrant des besoins de soins plus élevés, une situation socio-économique défavorable et une situation géographique moins attractive.

Les espaces défavorisés se distinguent par un cumul d'indicateurs défavorables, tandis que les espaces fragiles apparaissent moins défavorisés avec toutefois des perspectives préoccupantes (vieillesse des médecins généralistes libéraux par exemple). Rappelons que la plupart des maisons de santé ont pu recevoir des financements publics pour leur construction, sous réserve d'être situées dans des zones fragiles ou déficitaires en offre de soins.

A l'échelle des communes, en milieu rural et périurbain, il est supposé que la capacité à polariser, un niveau d'équipement minimum, une offre de soins « basale » et une situation géographique moins attractive, constituent des éléments plus propices à l'implantation d'une MSP.

2.1.2 Les hypothèses selon les caractéristiques spatiales

- Il existe un lien entre la dynamique et l'état de l'offre de soins d'un espace donné et la présence d'une maison de santé :

Il est supposé que les maisons de santé sont préférentiellement implantées dans des espaces où l'offre de soins est déclinante (densité en baisse), déficitaire ou fragile (mauvaise APL ou densité, part importante de généralistes libéraux proches de la retraite).

- Il existe un lien entre les besoins de soins sur un espace donné et l'implantation des maisons de santé :

Il est présumé que les maisons de santé sont implantées dans des espaces avec des besoins de soins plus importants (population plus âgée, croissance démographique, plus forte mortalité évitable liée au système de soins, plus forte mortalité prématurée, espérance de vie moindre...).

- Il existe un lien entre la structure spatiale d'un espace, sa situation géographique (attractivité), ses équipements et l'implantation d'une maison de santé :

Il est supposé que les maisons de santé sont préférentiellement implantées dans des espaces fragiles ou peu attractifs (rural, éloignement, déprise démographique), dans des communes déjà équipées de services (proximité et/ ou intermédiaires) et donc polarisantes, mais aussi équipées d'offre de soins de premiers recours.

Cette partie explore les éléments spatiaux pouvant expliquer la répartition spatiale des maisons de santé, tout en ayant conscience que des facteurs humains interviennent. Cette hypothèse du rôle des acteurs sera explorée dans la troisième partie.

2.2 Matériel

L'analyse de la répartition des maisons de santé et la réalisation de typologies spatiales reposent sur certaines données nécessitant des précautions méthodologiques.

2.2.1 Les données sur les maisons de santé

Les données sur les maisons de santé proviennent de l'observatoire des recompositions de la DGOS, créée en 2011. Elles localisent à la commune les structures en fonctionnement pour les années 2013 et 2014, les projets recensés et déposés, ainsi que la date d'ouverture. En revanche, cette base ne renseigne pas, en l'état⁹, le nombre de professionnels par structure, la distinction entre maisons de santé monosites et celles multisites, ou encore la localisation à l'adresse. Ces données ont été transmises à deux moments (avril 2013 et en mars 2014), permettant une actualisation des premiers résultats.

La base d'avril 2013 recensait **291 maisons de santé en fonctionnement**. Parmi elles, 246 ont un projet de santé et 45 sont dites « sans projet » : elles prennent la forme de maisons médicales non reconnues par le cahier des charges national prévoyant la validation d'un projet de santé.

A ces maisons en fonctionnement, il faut ajouter 313 projets de maisons de santé selon différentes phases. On recense 231 communes avec un projet définitif déposé auprès de l'ARS ou un projet immobilier en cours, dont des communes urbaines avec plusieurs projets (Paris par exemple). Les données sur les projets ne sont pas exhaustives : certaines régions apparaissent sans projet alors

⁹ Des améliorations sont prévues prenant en compte certaines de ces limites

qu'elles en ont identifié dans leur SROS ambulatoire¹⁰. La prise en compte de ces informations amène à un nouveau recensement de 374 projets, contre 313 au départ.

La seconde base de l'observatoire des recompositions complète la précédente. Ainsi **436 maisons de santé** sont recensées au 1er mars 2014. Néanmoins, les limites sus-évoquées demeurent. De plus, les maisons de santé dites « sans projet » n'ont pas été comptabilisées dans le recensement des structures ouvertes, mais dans celles en projet. De la sorte, le nombre de maison de santé diminue en Lorraine sur la période, alors que cette région connaît une forte dynamique (cf. partie 3 et 4).

2.2.2 Les indicateurs utilisés à l'échelle intermédiaire

Le choix des indicateurs pour qualifier les espaces français se fait à partir des réflexions apportées par la revue de la littérature. Plusieurs dimensions ont été traitées afin de proposer une définition plus aboutie d'espaces fragiles ou défavorisés.

2.2.2.1 Les indicateurs relatifs à l'offre de soins :

Les indicateurs mobilisés, de façon active¹¹ dans la construction des typologies, sont :

- Pour le premier recours : l'accessibilité potentielle localisée (APL) moyenne au médecin généraliste en 2010 pondérée par la population, les densités en 2008 de professionnels de santé libéraux : médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, et de pharmacies. La structure par âge des médecins généralistes en 2008, l'évolution de leurs densités entre 2004 et 2012 ont aussi été utilisés. Ces données proviennent du Sniiram, de l'Irdes et de la base permanente des équipements (BPE).

La caractérisation de l'offre de soins a subi un traitement différencié. L'APL a été agrégé par bassins de vie et pseudo-cantons en pondérant par la population. Elle a été mobilisée de manière active en milieu urbain, mais de manière illustrative pour les espaces à dominante rurale, où elle s'avérait peu discriminante.

Des indicateurs ont ensuite été mobilisés de façon illustrative :

- Pour le second recours : nous avons regroupé les spécialistes selon un « rang un » puis calculé cette densité (gynécologue, obstétriciens médicaux, psychiatres, pédiatres, ophtalmologues, radiologues, sages-femmes) et, de la même manière, les spécialistes de « rang deux » (cardiologues, dermatologues, gastro-entérologues, otorhinolaryngologistes, pneumologues). Ces données proviennent de la base permanente des équipements (BPE).
- Pour les établissements de santé : la densité de lits en médecine chirurgie et obstétrique (MCO) et en psychiatrie ; ces données proviennent des statistiques annuelles des établissements de santé (SAE).

¹⁰ la Champagne-Ardenne (21 projets), la Picardie (22), La Basse-Normandie (25) et Poitou-Charentes (54)

¹¹ Les variables actives participent à la construction des axes factoriels

- Pour le médico-social : le nombre de places en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) rapporté à la population. Ces données proviennent de la BPE.

2.2.2.2 Indicateurs relatifs à la population

Les indicateurs mobilisés de façon active pour caractériser les populations sont :

- Démographiques : structure par âge (selon les tranches : 0-5 ans / 5-15 ans / 15-25...), taux de croissance annuel moyen sur la période 1999-2009. Ces données proviennent de l'Insee.
- Sanitaires : espérance de vie à la naissance, mortalité prématurée (avant 65 ans) sur la période 2004-2008 et mortalité évitable liée au système de soins. Ces données proviennent du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) et ont fait l'objet d'un traitement par l'équipe « santé et territoires » du laboratoire Mosaïque.
- Socio-économiques : répartition de la population selon les catégories socioprofessionnelles, taux de chômage, revenu médian par ménage, part de bacheliers, part de propriétaires, part de familles monoparentales et part de personnes âgées vivant seules. Ces données proviennent de l'INSEE.

Certaines données paraissaient plus pertinentes pour décrire la fragilité de populations en milieu rural et ont été ajoutées, comme la part de ménages sans voiture.

2.2.2.3 Indicateurs relatifs à la structure spatiale

La structuration spatiale de l'espace est documentée de façon active au travers de la distance aux pôles de services supérieurs et de façon illustrative, selon la distance aux pôles de services de proximité et intermédiaire, puis selon la part de la population dans les différentes catégories d'espace à dominante urbaine ou rurale (ZAU) et selon la densité de population.

2.2.3 Les indicateurs utilisés à l'échelle locale

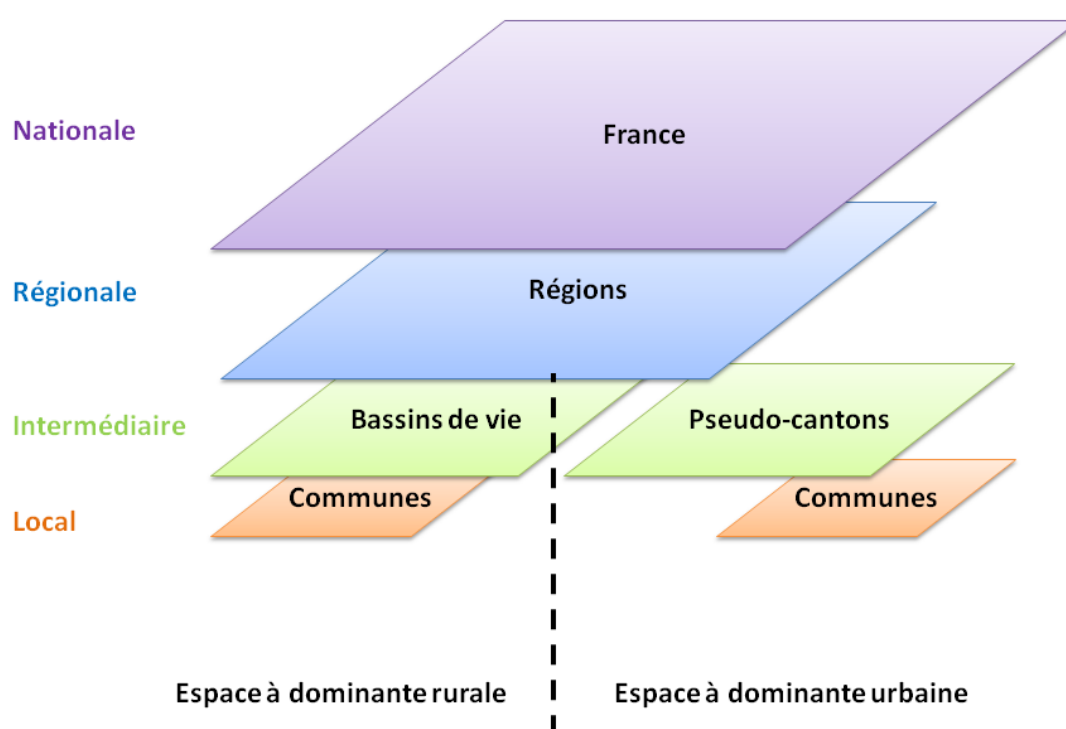
Les variables choisies sont quantitatives et concernent la distance aux pôles de services (reflet du degré d'équipement de la commune et de son rôle polarisant), l'indice de centralité des services de proximité¹² de l'espace et l'état de l'offre de soins (effectifs de généralistes en 2008, évolution entre 2004 et 2012). L'appartenance à une intercommunalité, le rang administratif (chef-lieu de canton) ont été mobilisés de manière illustrative.

¹² L'indice de centralité des services de proximité rapporte le nombre de services présents dans la commune polarisante à l'ensemble des services présents dans l'espace étudié.

2.3 Méthode de l'élaboration des typologies spatiales

L'analyse de l'implantation des maisons de santé à différents échelles géographiques est menée à partir de typologies spatiales spécifique pour l'espace à dominante rurale et celui à dominante urbaine. Elles apportent deux niveaux d'information : **intermédiaire** (bassin ou pseudo-canton) et **local** (commune). Ces données sont ensuite articulées afin de faire ressortir d'éventuelles combinaisons d'implantation.

Figure 9 - Les échelles retenues dans l'analyse de l'implantation des maisons de santé



2.3.1 Une approche segmentée selon l'espace à dominante urbaine et l'espace à dominante rurale

La littérature met en évidence différentes manières de distinguer les espaces urbains et ruraux. Ces espaces se caractérisent également par des spécificités propres tant en termes d'accès aux services et aux soins, d'état de santé, de structurations spatiales, que de peuplement (cf. partie 1).

A l'égard de ces différents éléments, il a été décidé de traiter séparément ces espaces selon leur dominante urbaine ou rurale. La distinction s'inspire de la méthodologie de la typologie des campagnes françaises (Hilal, 2012), où les espaces urbains sont constitués des grands pôles urbains. **Dans cette recherche, les espaces à dominante urbaine sont les bassins de vie dont le centre**

polarisant est un grand pôle urbain, le reste des bassins de vie est alors considéré comme à dominante rurale. L'utilisation de la terminologie « à dominante » souligne, qu'au sein de ces espaces, il existe différents types : urbains, ruraux et périurbains.

2.3.2 Les typologies à différents échelles géographiques

2.3.2.1 Les zonages utilisés pour les typologies

Dans l'espace à dominante rurale, des typologies des bassins de vie puis des communes sont réalisées, tandis que dans l'espace à dominante urbaine les pseudo-cantons et des communes sont utilisés.

Le zonage en bassins de vie présente un intérêt certain pour les études du milieu rural et permet une certaine comparabilité entre unités spatiales. Pour ces raisons, ce zonage a été retenu pour l'étude de l'espace à dominante rurale. Le niveau des EPCI, un temps exploré, n'a pas été retenu car l'intégralité du territoire français n'est pas recouverte par les intercommunalités. De plus, la constitution des EPCI peut relever de critères non objectifs (arrangements entre élus, « intercommunalités forcées » (Borruey, 2006) qui n'en font pas toujours des unités spatiales comparables.

Concernant l'espace à dominante urbaine, il s'agit de disposer d'un zonage plus fin que le bassin de vie, tel que le pseudo-canton, la commune ou l'Iris et qui couvre l'ensemble des espaces ciblés. Des contraintes méthodologiques ont conduit à exclure certaines possibilités.

L'Iris disponible pour les seules communes de plus de 5 000 habitants a ainsi été écarté, faute d'informations disponibles sur la localisation à l'adresse des maisons de santé. Le niveau communal a été envisagé mais pour certaines communes peu peuplées apparaissent des problèmes de confidentialité des indicateurs sanitaires. Pour ces raisons, les pseudo-cantons ont été choisis.

Cette méthodologie distingue ainsi 230 bassins de vie à dominante urbaine et 1414 à dominante rurale pour la France métropolitaine. Les bassins de vie urbains sont ensuite redécoupés pour être analysés au niveau des 2 189 pseudo-cantons concernés. Cette méthode apporte une description plus fine de l'ensemble des bassins des grands pôles urbains. Cependant, bassins de vie et pseudo-cantons ne s'imbriquent pas forcément conduisant à un débordement des pseudo-cantons sur des bassins de vie voisins (cf. Annexe 5).

L'analyse du milieu urbain dense n'est pas menée

L'organisation de l'offre de soins et son étude se pose différemment entre zones urbaines denses et espaces ruraux. Si en milieu rural la distance physique jouera davantage sur l'accessibilité, en milieu urbain la distance peut être tout autre : financière, culturelle ou physique mais par des obstacles différents pouvant conduire à l'enclavement de certains quartiers (voies ferrées, voies rapides, etc.). Pour rendre compte de certaines de ces spécificités, il convient de porter une analyse à un niveau fin (Iris, quartiers, carroyage) pour mieux qualifier le contexte urbain et des zones de fragilité. Au vu des

impératifs méthodologiques et du temps imparti pour cette recherche, il a été décidé de ne pas mener d'analyses approfondies de l'espace urbain dense (sur les plans quantitatifs et qualitatifs).

L'analyse au niveau local (commune) exclut donc le milieu urbain dense défini comme les communes appartenant à un grand pôle urbain. Ce choix est également renforcé par la nature même des maisons de santé qui ciblent principalement les espaces ruraux. Par ailleurs, les DOM n'ont pas pu être analysés selon des indicateurs sanitaires et ne sont donc pas étudiés.

2.3.2.2 Les analyses en composante principale et les classifications ascendantes hiérarchiques

La construction des classes est fondée sur les axes factoriels définis par l'ACP de façon à ce que 80 % de l'inertie de base soit conservée. La stratégie d'agrégation utilisée est la méthode de Ward, qui minimise l'inertie intra-classe et maximise l'inertie inter-classe et permet d'obtenir les classes les plus homogènes possibles.

Pour les bassins de vie, une analyse des 28 variables actives sélectionnées, qui donne le même poids à toutes les variables, a été réalisée. De plus, 32 variables ont été introduites de manière illustrative. Concernant les variables actives, 18 sont relatives à la population (état de santé, démographie, niveau socio-économique), 9 concernent l'offre de soins de premier recours et une la structure spatiale.

La même démarche a été menée pour les pseudo-cantons, elle porte sur 29 variables actives (l'APL a été ajoutée) et 33 illustratives (la part de logement HLM a été ajoutée, et la part de ménages sans voiture n'a pas été utilisée).

Le parti a été pris de ne pas pondérer par la population afin de mettre l'accent, non sur le poids démographique des espaces, mais sur les dimensions explorées avec la typologie : offre de soins, caractéristiques populationnelles, structure spatiale.

2.3.3 Le traitement des données

Pour le calcul des distances aux pôles de services, le logiciel utilisé est Odomatrix. Il calcule pour chaque commune la distance à une autre commune en heure pleine et en heure creuse. La distance finale utilisée est la moyenne heure pleine / heure creuse. Une fois la distance de toutes les communes calculées, les distances moyennes pondérées par la population sont calculées selon les bassins de vie et les pseudo-cantons. De la même manière, l'APL moyen de chaque commune est pondérée selon la population des bassins de vie et pseudo-cantons.

Les logiciels Excel et SAS sont utilisés pour la préparation et l'analyse des données. Le logiciel SPAD sert à réaliser les analyses en composante principale et les classifications ascendantes hiérarchiques. Les logiciels de cartographie sont MapInfo 10 et ArcView 10.3.

2.4 Conclusion du chapitre

La définition d'espaces fragiles ou défavorisés repose sur des typologies spécifiques selon la dominante urbaine ou rurale de ces espaces. Cette méthode a été choisie afin de ne pas s'arrêter aux définitions usuelles de l'urbain et du rural. Les différentes dimensions choisies relatives à l'offre de soins, aux caractéristiques des populations et à la structure spatiale permettent de proposer des définitions pluridimensionnelles d'espaces fragiles ou défavorisés.

L'étude de l'implantation des maisons de santé à différentes échelles géographiques apporte une analyse approfondie et a ainsi été retenue. Elle permet en outre de voir si ces structures répondent aux besoins des territoires à partir des différentes typologies.

Chapitre 3 L'implantation des maisons de santé à différentes échelles géographiques

Ce chapitre étudie en plusieurs temps l'implantation des maisons de santé. D'abord une analyse nationale met en évidence des dynamiques régionales ou départementales particulières (3.1). Ensuite une analyse est menée au niveau intermédiaire aux échelles des bassins de vie et pseudo cantons, à partir de typologies spatiales définissant des espaces fragiles ou défavorisés (3.2), puis à l'échelle communale (3.3). Une articulation exploratoire des échelles est proposée pour approfondir la description de l'implantation des maisons de santé (3.4).

3.1 La répartition à l'échelle nationale des maisons de santé révèle des dynamiques régionales fortes

En 2014, la DGOS recense 436 MSP¹³ en fonctionnement (Carte 13). Il en existe dans toutes les régions métropolitaines ainsi que dans les DOM à l'exception de la Guadeloupe et de Mayotte.

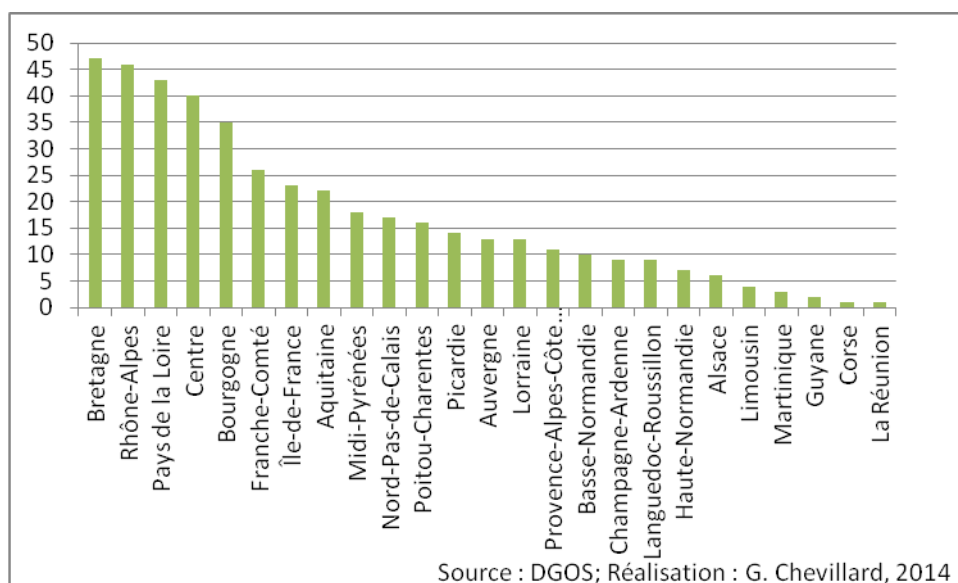
L'analyse spatiale des maisons de santé est menée selon les structures ouvertes, celles en projets et selon leur ancienneté.

3.1.1 Une première géographie des maisons de santé

Les maisons de santé, en 2014, sont principalement situées dans la moitié nord de la France, dans l'espace à dominante rurale. Des régions de l'Est comme Rhône-Alpes, La Bourgogne, la Lorraine, La Franche-Comté se distinguent par le nombre important de structures (Graphique 8). La Bretagne, les Pays-de-la-Loire et le Centre apparaissent également bien maillées. *A contrario*, la Haute-Normandie, l'Alsace, la Corse, la Guyane, le Limousin et la Martinique, puis dans une moindre mesure la Champagne-Ardenne et Languedoc-Roussillon apparaissent moins dotées.

¹³ Parmi celles-ci, 296 sont dans une zone prioritaire du SROS ambulatoire, 22 sont en ZUS et 148 en ZRR, 318 sont dans l'espace à dominante rurale, 112 sont dans l'espace à dominante urbaine et 6 dans les DOM.

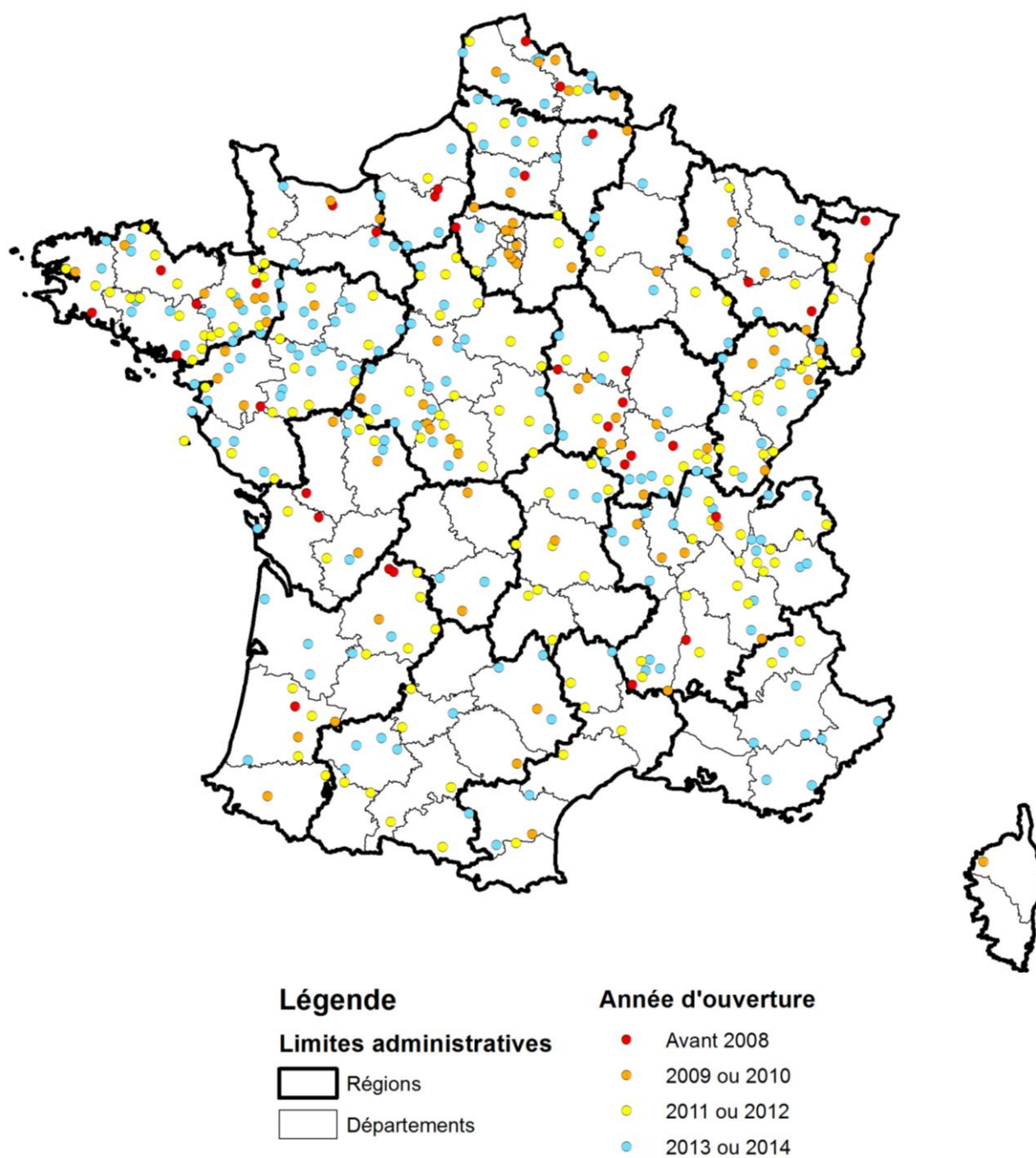
Graphique 8 - Nombre de maisons de santé ouvertes par région (Source : DGOS)



A l'échelle départementale l'Ille-et-Vilaine a le plus de maisons de santé, suivie par la Saône-et-Loire, le Maine-et-Loire, le Morbihan, l'Indre, la Nièvre et la Savoie. Ainsi, de nouvelles structures spatiales apparaissent suggérant un fait départemental dans leur répartition (cf. partie 3 et 4).

Par ailleurs, la localisation des maisons de santé recoupe les marges départementales ou régionales. On observe ainsi des « corridors » le long de la frontière entre le Centre et les Pays-de-la-Loire, entre la Bretagne et les Pays-de-la-Loire, entre Lorraine et Champagne-Ardenne ou encore entre la Haute et la Basse-Normandie. D'autres maisons de santé situées aux confins des limites départementales en Dordogne, dans la Meuse, la Nièvre, la Sarthe ou le Morbihan renvoient à des logiques d'implantation centre/périphéries.

Carte 13 - Répartition des maisons de santé métropolitaines selon la date d'ouverture



Source : Observatoire des recompositions (DGOS)
Réalisation : G. Chevillard, 2014

3.1.2 Les dynamiques régionales des maisons de santé

3.1.2.1 L'ancienneté des maisons de santé révèle deux principaux foyers

L'analyse de la répartition des maisons de santé et de leur diffusion met en évidence des dynamiques régionales et infrarégionales variées. Ainsi des régions étaient déjà dotées de MSP avant 2008, date marquant l'accélération du soutien à ces structures. Ces régions **pionnières** sont la Bourgogne, la Lorraine, Rhône-Alpes, la Bretagne, Poitou-Charentes, le Nord-Pas-de-Calais, la Picardie, la Basse-Normandie et la Haute-Normandie ou l'Aquitaine. La Franche-Comté, les Pays-de-la-Loire, la région Centre et l'Île-de-France suivront et voient leur dynamique se développer avant 2010 qui marque un nouveau tournant illustré par le plan d'équipement de 250 maisons de santé en milieu rural.

Cependant les projets de maisons de santé mettent entre 3 et 5 ans pour éclore (De Haas, 2011). Les dates d'ouverture sont ainsi des témoins décalés de ces dynamiques. On peut par exemple considérer qu'une structure ouverte en 2010 était accompagné avant 2008.

D'autres régions ont une dynamique plus récente en maisons de santé telles que Midi-Pyrénées, le Languedoc Roussillon, Provence-Alpes-Côte-D'azur ou l'Auvergne. Le Limousin apparaît moins concerné avec peu de structures ouvertes.

3.1.2.2 Les régions selon le nombre de projets : une dynamique persistante à l'est

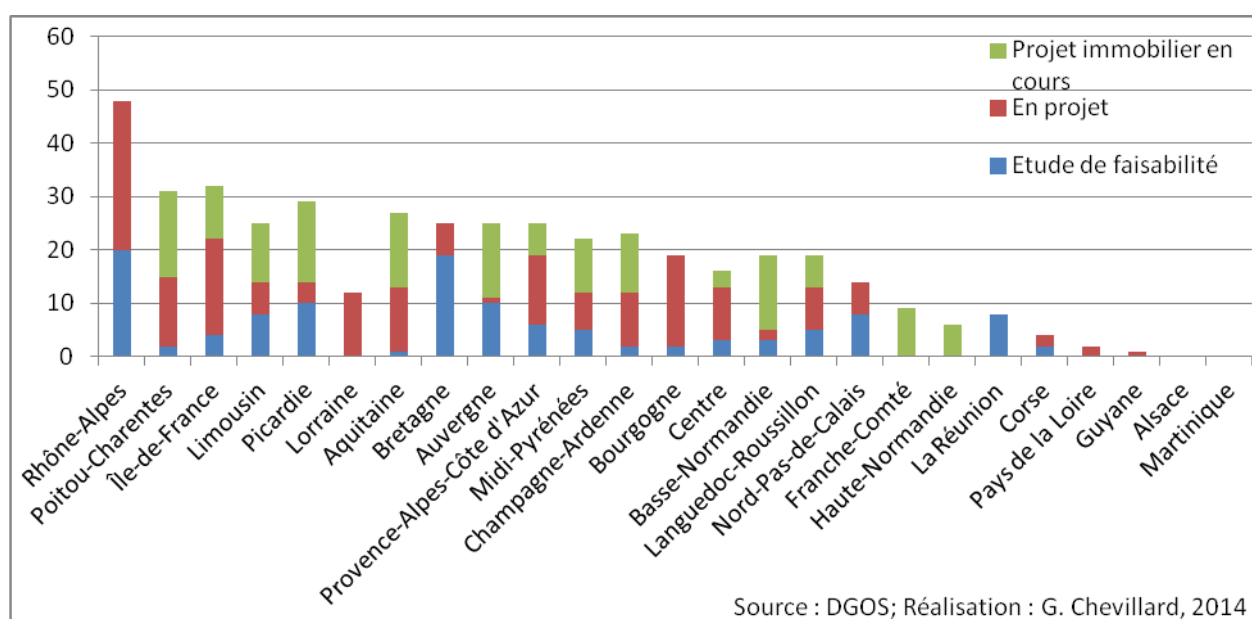
L'observatoire des recompositions recense 444 projets de maisons de santé à différents stades d'avancement, auxquels s'ajoutent 52 maisons de santé ouvertes mais dont le projet de santé n'est pas reconnu, principalement situées en Lorraine et en Rhône-Alpes (Graphique 9 ; Carte 14 ; cf. annexes).

Rhône-Alpes, Poitou-Charentes, l'Île de France, le Limousin, la Picardie, la Lorraine, l'Aquitaine, la Bretagne, l'Auvergne, Provence-Alpes-Côte-D'azur et la Champagne-Ardenne se démarquent par un nombre de projets importants. Celles dont les projets sont les plus avancés (construction immobilière) sont Poitou-Charentes, l'Aquitaine, l'Auvergne ou la Picardie, tandis que Rhône-Alpes ou la Bretagne se caractérisent par un nombre important d'études de faisabilité.

D'autres régions ont peu de projets, et parfois certains départements n'en ont pas suggérant une phase de maturation pour ceux très dotés en maisons de santé¹⁴ comme les Pays de la Loire ou le Centre. En revanche, pour les régions peu dotées en maisons de santé (comme l'Alsace) cela suggère soit un niveau d'offre conséquent empêchant le déploiement de ces structures ou à d'autres politiques de renforcement de l'offre de soins.

¹⁴ Ce raisonnement part du principe que le recensement des projets est exhaustif

Graphique 9 - Nombre de maisons de santé en projet par région selon l'état d'avancement



3.1.2.3 Maisons de santé ouvertes et en projets : quel cycle de vie ?

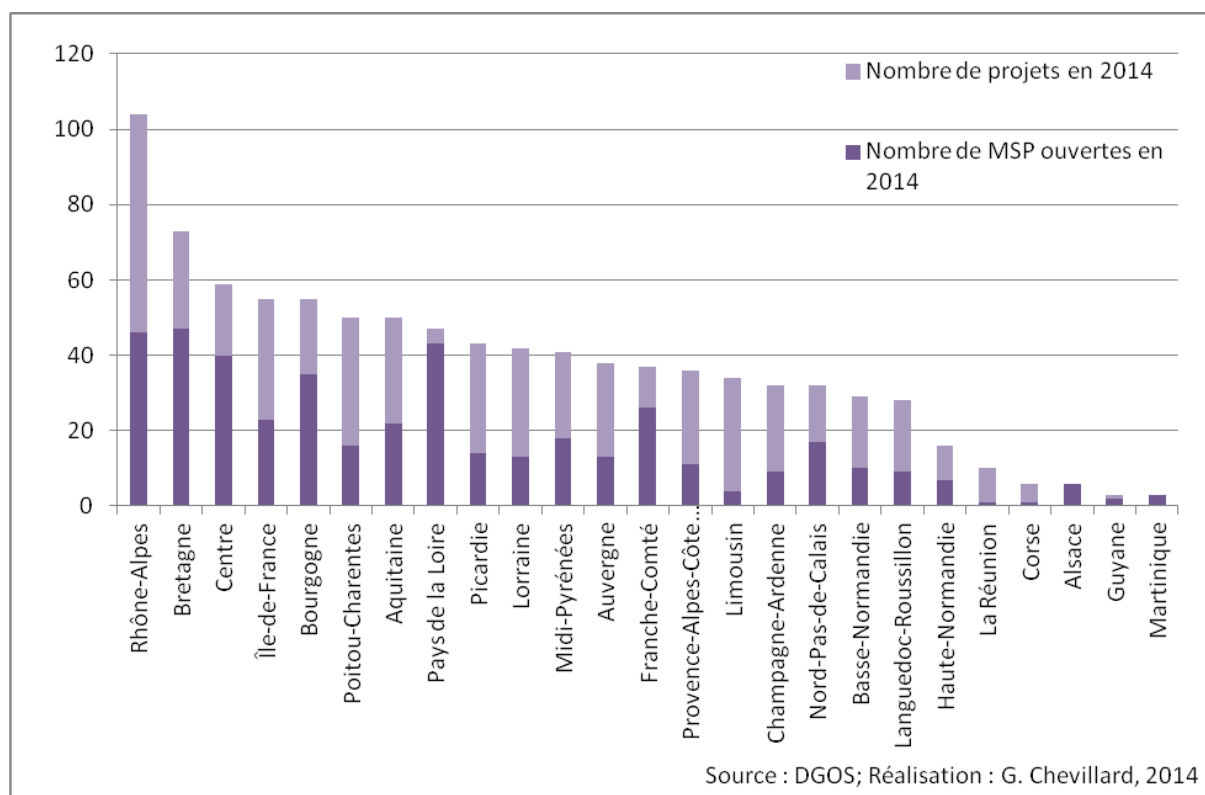
La mise en perspective des maisons de santé ouvertes et de celles en projet complète la connaissance de leurs dynamiques régionales. Des régions pionnières se renforcent notamment Rhône-Alpes, Poitou-Charentes ou la Bourgogne. D'autres régions continuent leur forte progression comme le Centre, les Pays-de-la-Loire, l'Île-de-France ou l'Aquitaine. Les régions avec une dynamique plus récente se renforcent, en particulier Languedoc-Roussillon ou Midi-Pyrénées et le Limousin qui enregistrent un nombre important de projets alors qu'il a peu de structures ouvertes. En revanche, l'Alsace, la Corse, les DOM, mais aussi la Haute-Normandie ont peu de projets et de structures ouvertes.

L'évolution du nombre de maisons de santé peut être analysée comme un processus de diffusion. Les différentes étapes du cycle de vie d'un produit ressortent (Vernon, 1966): introduction, croissance, maturité (seuil de saturation), stabilité, à l'exception du déclin.

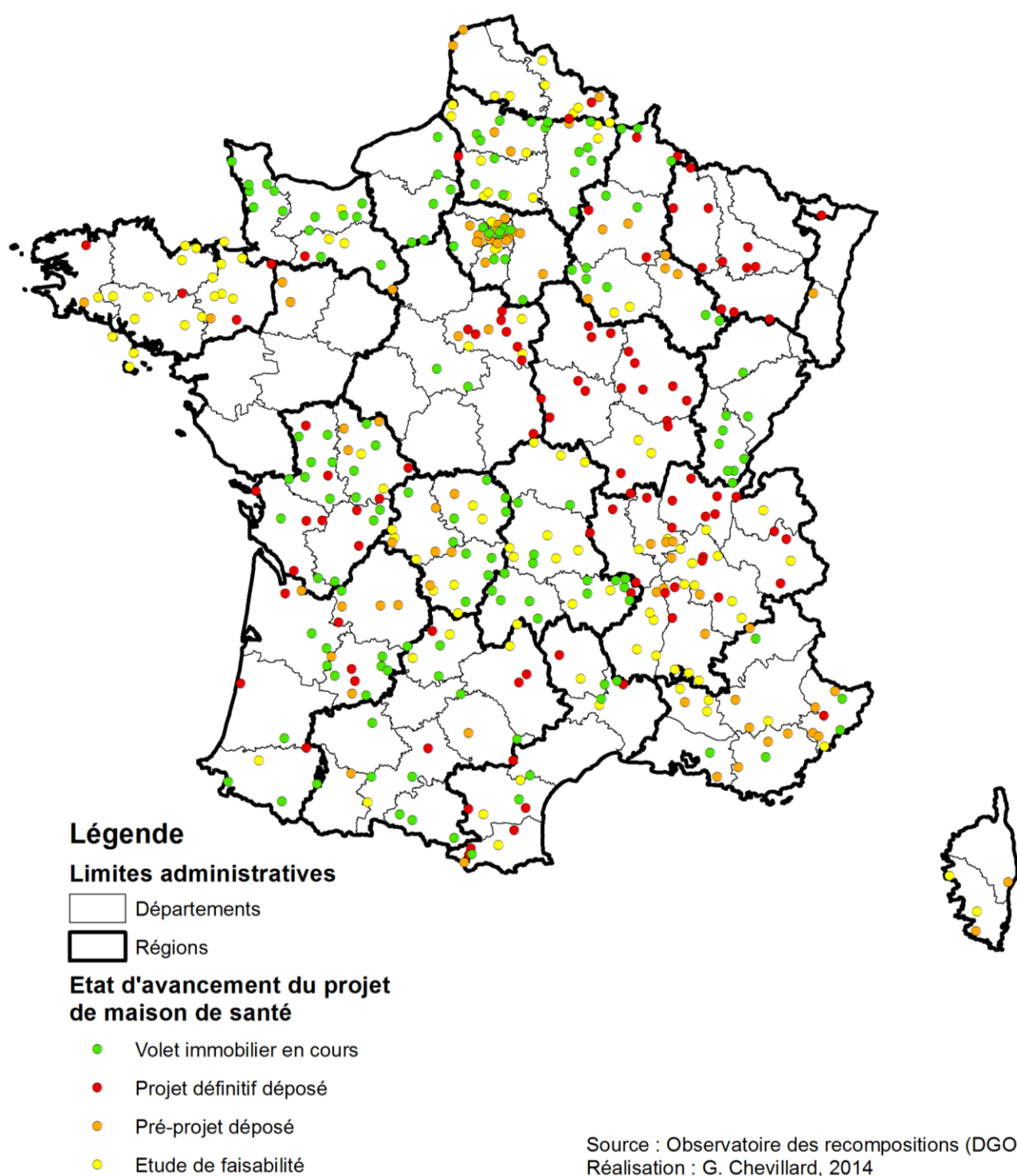
- Certaines régions étaient peu dotées et ont de nombreux projets et sont en phase de croissance après une récente phase d'introduction : Le Limousin, Provence-Alpes-Côte-D'azur, l'Auvergne ou la Champagne-Ardenne, Midi-Pyrénées ou le Languedoc-Roussillon.
- D'autres régions, en croissance, sont déjà bien dotées et ont toujours de nombreux projets comme Rhône-Alpes, la Bretagne, l'Île-de-France.
- Les Pays de la Loire se distinguent par une stagnation du phénomène, un maillage dense et peu de projet recensés indiquant une forme de maturité de la diffusion des maisons de santé.

- En revanche pour l'Alsace, la diffusion des maisons de santé semble ne pas se réaliser, alors que le modèle a été introduit.

Graphique 10 - Nombre de maisons de santé ouvertes et en projet par région



Carte 14 - Projets de maisons de santé recensés en 2014 selon l'état d'avancement



3.1.3 Discussion

3.1.3.1 L'objet maison de santé

Les maisons de santé non labellisées (sans projets de santé) ne sont pas toutes recensées. Il semble judicieux de prendre en compte ces structures souvent pionnières. Ces sont notamment ces initiatives locales qui ont inspiré les politiques d'accompagnement des pouvoirs publics.

De plus, un problème transversal est lié à la temporalité de cette recherche. Les maisons de santé sont en plein essor, ce qui implique des ajustements méthodologiques. Par exemple, la prise en compte des projets recensés a tendance à lisser les régions entre elles, estompant les différences initiales entre régions.

3.1.3.2 Maison de santé : un vocable qui recoupe différentes réalités

L'observatoire des recompositions de la DGOS ne fait pas la distinction entre maisons de santé monosites et multisites rendant impossible toute analyse distincte. Par ailleurs, parmi les structures recensées, il en existe une partie qui n'ont pas de projet de santé mais qui fonctionnent. D'autres structures de groupe déjà existantes peuvent aussi être en cours de labellisation par les ARS et deviendront ensuite des maisons de santé. Ces éléments ont conduits à certains ajustements méthodologiques.

3.1.3.3 Un nombre considérable de projets de maisons de santé dont on ne peut prévoir l'issue

L'analyse des projets de maisons de santé est également complexe. L'information décrit quatre niveaux d'avancement (construction immobilière, projet définitif déposé, pré-projet déposé, étude de faisabilité), dont le classement peut aussi varier selon les ARS. Parmi les projets recensés, certains ont abouti tandis que d'autres non. La prise en compte des études de faisabilité peut ainsi renforcer la description de la dynamique régionale.

Les dynamiques régionales décrites à partir des maisons de santé ouvertes ou en projet ne suffisent pas à comprendre les politiques régionales mises en œuvre. L'absence ou la moindre présence de maisons de santé dans une région peut aussi être le reflet d'autres dispositifs mis en place (bourse d'étudiants par exemple).

3.2 Analyse de l'implantation des maisons de santé au niveau intermédiaire : les bassins de vie et les pseudo-cantons

Plusieurs temps sont observés dans cette analyse. En premier lieu il s'agit de caractériser les bassins de vie de l'espace à dominante rurale en différentes classes à partir d'une typologie socio-sanitaire (3.2.1), puis d'étudier la répartition des maisons de santé au sein des classes (3.2.2) et après plus spécifiquement dans les espaces en dépeuplement (3.2.3). Une approche similaire est menée dans l'espace à dominante urbaine à partir de typologies des pseudo-cantons (3.2.4) et de la répartition des MSP au sein des classes (3.2.5).

3.2.1 Une typologie des bassins de vie en six classes dont la moitié sont défavorisés ou fragiles

La classification ascendante hiérarchique, réalisée à partir des axes représentant 80 % de l'inertie de base, propose une partition en 6 classes de bassins de vie (Encadré 1).

3.2.1.1 La typologie fait ressortir des structures spatiales connues

Il ressort une forte régionalisation des classes ainsi que des structures spatiales connues et anciennes (Carte 15). Ainsi, parmi les structures spatiales persistantes, la « diagonale du vide » (Chalard et Dumont, 2006) s'identifie clairement. Espace faiblement peuplé s'étirant des Pyrénées aux Ardennes, elle correspond aux campagnes profondes (Noin, 2009), à l'espace rural vieilli et peu dense (Hilal 2012), et se superpose en partie avec la classe 6 qui se caractérise notamment par un certain enclavement et un vieillissement de la population. Les campagnes industrielles et agricoles de la moitié nord de la France (Fnors, 2010 ; Hilal 2012) ressortent également dans les classes 3 et 4. La différence entre ces deux classes est à mettre au compte de l'état de santé des populations, meilleur pour les régions de l'ouest (classe 3), et plus dégradé dans les régions industrielles du nord et de l'est (classe 4) (Lucas-Gabrielli *et al.*, 1998 ; Rican *et al.*, 2010), reflétant une opposition plus ancienne entre une France de l'est industrielle à une France de l'ouest agricole (Brunet, 2005). On retrouve également les espaces ruraux attractifs ou renaissants (classe 5) comme les littoraux méditerranéens et atlantiques, les campagnes du sud de la France, qui sont aussi des espaces touristiques (Lejoux, 2009). Les campagnes diffuses ou densifiées en périphérie des villes (classes 1 et 2) ressortent également. Enfin, l'opposition ancienne entre le nord de la France, moins doté et le sud, mieux doté en généralistes (Vigneron, 2011 ; Sicard, 2013), est toujours prégnante.

La cartographie illustre également, une forte régionalisation des classes hormis pour la classe 1, correspondant aux périphéries des grandes agglomérations. Des régions comme la Picardie, la Champagne-Ardenne, la Lorraine sont principalement constituée de bassins de vie défavorisés. Les Pays-de-la-Loire présentent de nombreux bassins de vie à dominante industrielle et agricole. Le Limousin et l'Auvergne ont eux davantage d'espaces caractéristiques du « rural profond ». A l'inverse Midi-Pyrénées, Rhône-Alpes et la Bretagne ont une diversité importante de bassins de vie témoignant de leur hétérogénéité spatiale. L'Alsace se singularise par une certaine homogénéité avec beaucoup de bassins périurbains de la classe 1, tandis que Languedoc-Roussillon, hormis pour la

Lozère, et la région PACA se distinguent par une relative homogénéité des bassins de vie bien dotés et attractifs pour les populations (classe 5).

3.2.1.2 La typologie met en évidence des espaces défavorisés ou fragiles

Les espaces défavorisés cumulent un certain nombre d'indicateurs défavorables. Par exemple, ils ont une offre de soins de premiers recours plus faible que la moyenne, des dynamiques défavorables d'évolution des médecins généralistes. Mais, leurs populations sont aussi plus fragiles (état de santé, niveau socio-économique) et ils ont une situation géographique plus éloignée des villes et services. Ces espaces correspondent aux bassins de vie défavorisés de la classe 4.

Les **espaces fragiles** montrent une fragilité de l'offre de soins ou de la population. Par exemple un fort vieillissement des médecins et de la population, ou une érosion marquée de la densité de médecins. Ces espaces correspondent aux bassins de vie du rural profond (classe 6) et de ceux à dominante industrielle et agricole (classe 3).

Les espaces défavorisés ou fragiles sont supposés **propices** à l'implantation de maisons de santé. Les autres espaces ne sont pas considérés comme « non propices » aux maisons de santé, mais on estime que ces structures y seront moins fréquentes.

La classe 1, principalement périurbaine, est ainsi supposée moins propice comparativement aux autres classes dont les besoins de soins, ou l'état de l'offre de soins sont moins favorables.

Encadré 1 - Les 6 classes de bassins de vie

La classe 1 des bassins de vie périurbains, regroupe des espaces en périphérie des grandes agglomérations régionales, plutôt aisés, attractifs pour les populations et les médecins généralistes, dont la population est plus jeune, mais moins dotés en offre de soins. Cette classe regroupe 311 bassins de vie, soit 22 % de ceux métropolitains et 24 % de la population de l'espace à dominante rurale.

La classe 2 des bassins de vie très favorisés, est composée d'espaces situés en périphérie des plus grandes agglomérations françaises, très favorisés aux plans socio-économique et sanitaire et à la dotation moyenne en offre de soins de premiers recours. Les tranches d'âge des actifs et des enfants sur surreprésentées dans cette classes. Elle compte 111 bassins de vie, soit 8 % de ceux métropolitains et 8 % de la population.

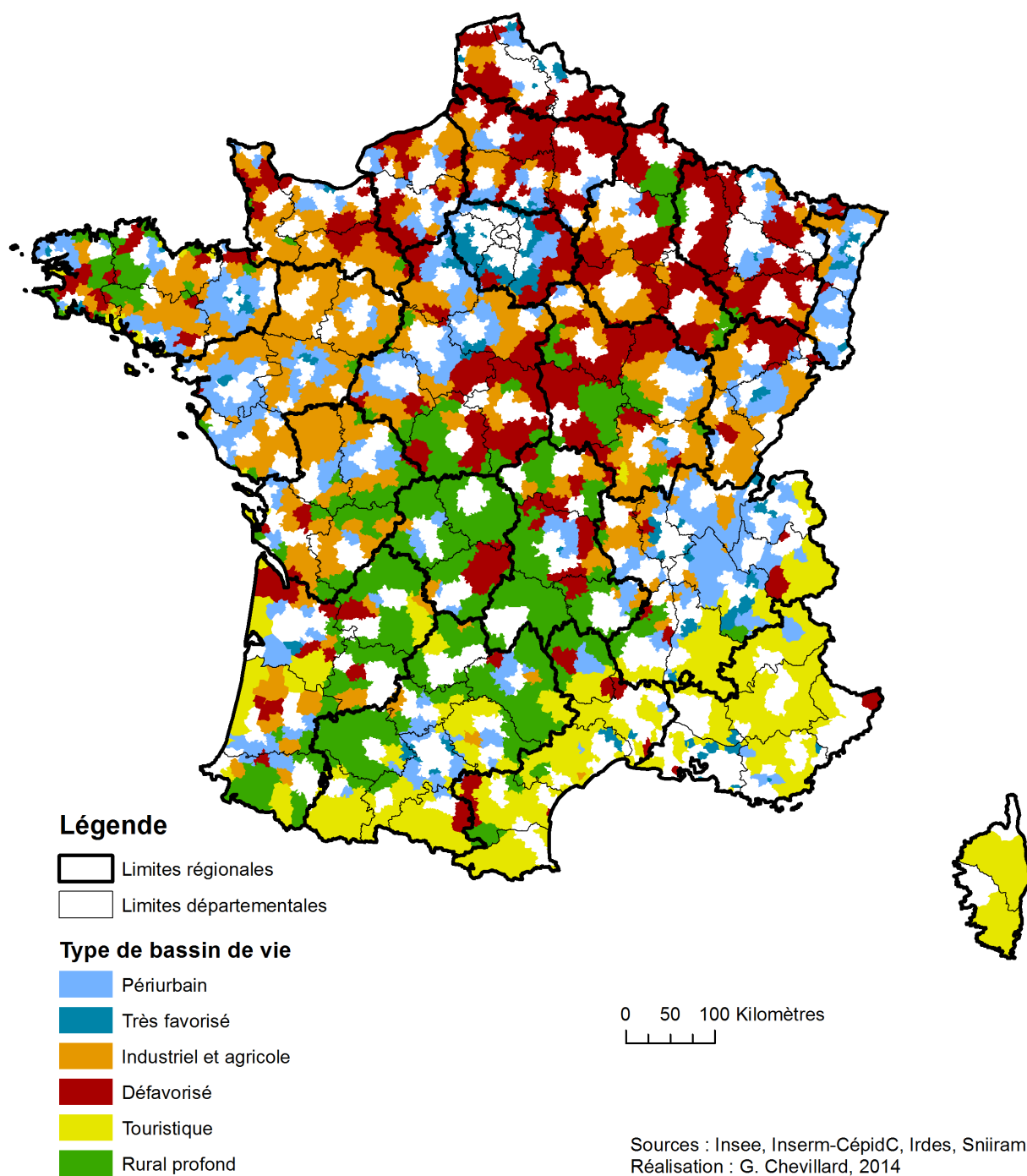
La classe 3 des bassins de vie industriels et agricoles rassemble des espaces caractérisés par une surreprésentation des ouvriers et agriculteurs, par une population à l'état de santé légèrement plus favorable et par une offre de soins moindre que la moyenne. Les bassins de vie appartenant à cette classe sont principalement situés dans le quart nord-ouest de la France, dans des régions plutôt à dominante agricole comme les Pays-de-la-Loire, la Bretagne, la Basse-Normandie ou le Centre. Cette classe compte 319 bassins de vie, soit 23 de ceux métropolitains et 21 % de la population.

La classe 4 des bassins de vie ruraux défavorisés réunit des espaces défavorisés d'un point de vue socio-économique et sanitaire et dont l'offre de généralistes libéraux est déficitaire et la densité en baisse. Ils sont majoritairement situés dans le quart nord-est de la France et aussi dans quelques espaces ruraux du centre de la France. Cette classe concerne 267 bassins de vie, soit 19 % de ceux métropolitains et 23 % de la population.

La classe 5 des bassins de vie ruraux touristiques est composée d'espaces essentiellement du sud de la France, attractifs pour les populations. Abritant plus de populations fragiles (chômeurs, personnes âgées), ils sont aussi plus éloignés des services. Ils sont les mieux dotés en médecins généralistes libéraux mais se caractérisent néanmoins par quelques signaux de relative fragilité : médecins plus âgés. Ces bassins sont situés sur le pourtour méditerranéen, les reliefs (Pyrénées et Alpes du Sud) ainsi que sur le littoral Atlantique. Cette classe compte 206 bassins de vie, soit 15 % de ceux métropolitains et 14 % de la population.

La classe 6 des bassins de vie du « rural profond » correspond aux espaces éloignés des services, dont la population est plus âgée et plutôt en moins bonne santé. Ils sont assez bien dotés en offre de premiers recours, mais leur offre de généralistes libéraux est vieillissante et en baisse prononcée. Ces espaces sont majoritairement représentés au centre de la France. Cette classe rassemble 202 bassins de vie, soit 14 % de ceux métropolitains et 10 % de la population.

Carte 15 - Typologie socio-sanitaire des bassins de vie à dominante rurale en 6 classes



3.2.2 Répartition des maisons de santé au sein des classes de bassins de vie

L'analyse de la répartition des maisons de santé au sein des classes de la typologie est menée à partir des deux recensements de la DGOS. Une partie des analyses a été réalisée selon le premier recensement fourni, a fait l'objet de publications (Chevallard *et al.*, 2013a, 2013b, 2015) et a servi dans le choix des terrains. Les données de 2014 ont été utilisées, afin d'étudier l'évolution de l'implantation des MSP. La répartition des maisons de santé est aussi comparée à celles des médecins généralistes libéraux et à la population française, afin de voir d'éventuelles spécificités dans leur répartition.

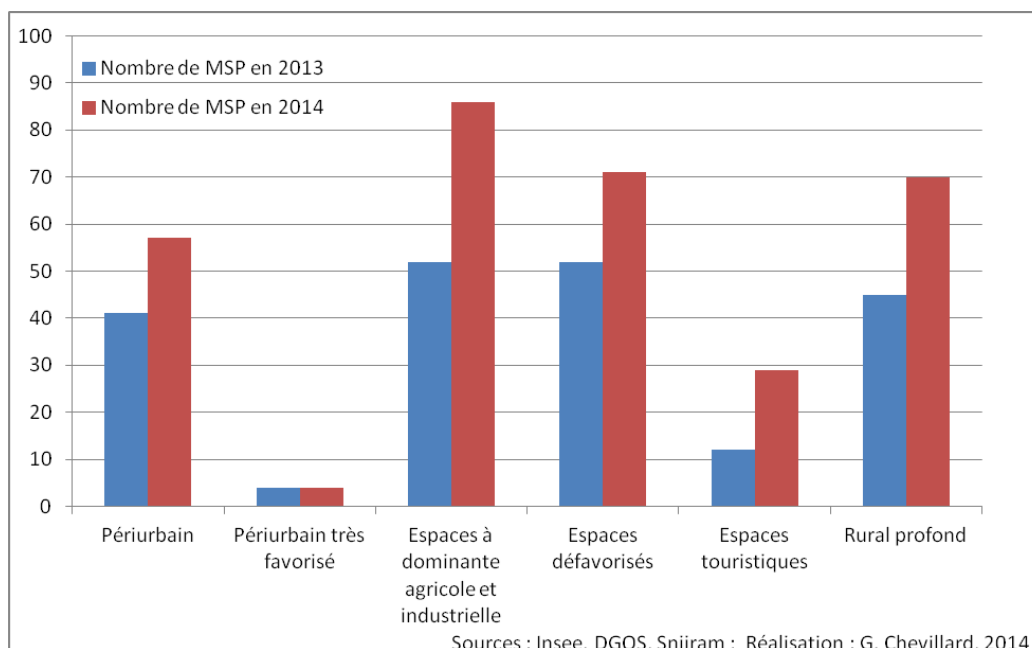
L'espace à dominante rurale, tel qu'il est ici défini, regroupe 33 % de la population métropolitaine, 31 % des médecins généralistes libéraux et 72 % des maisons de santé.

Les maisons de santé de l'espace à dominante rurale, représentent près des trois quarts des structures recensées en 2013 et 2014. Elles sont principalement localisées dans les bassins de vie défavorisés en termes d'offre de soins (Graphique 11).

En 2014, les maisons de santé sont principalement situées dans les bassins de vie à dominante industrielle et agricole (classe 3 ; 27 %), ceux ruraux défavorisés (classe 4 ; 22 %), ceux du « rural profond » (classe 6 ; 22 %), puis ceux périurbains (classe 1 ; 18 %). A l'inverse, peu de maisons de santé sont dans les bassins de vie très favorisés (classe 2 ; 1 %) ou touristiques (classe 5 ; 9 %).

Comparativement à 2013, la proportion de maisons de santé dans les bassins de vie périurbains a diminué (elle était de 20 %), ainsi que dans ceux les plus défavorisés (25 %). Elle a par contre augmenté dans les espaces à dominante industrielle et agricole (27 %).

Graphique 11 - Répartition des maisons de santé en 2013 et 2014 au sein des classes issues de la typologie des bassins de vie de l'espace à dominante rurale (EDR)



Ces résultats complètent la première géographie des maisons de santé esquissée au niveau national révélant une surreprésentation de ces structures dans la partie Nord de la France et dans certaines régions. **Ils montrent que la répartition des maisons de santé dans les espaces à dominante rurale et au regard des critères utilisés dans notre typologie, répond à une logique de maintien de l'offre de soins de premiers recours, ainsi que d'attraction de celle-ci.** En effet, les maisons de santé sont davantage localisées dans des espaces moins dotés en offre de soins ou dont l'offre est plus fragile (médecins plus âgés, diminution de l'offre). Au vu des besoins de soins, une part conséquente (44 %), est située dans des espaces avec des besoins de soins plus importants.

Comparée à l'implantation des médecins, les maisons de santé sont davantage situées dans des espaces caractérisés par d'importants besoins de soins

La comparaison de la répartition des maisons de santé avec celle des médecins généralistes libéraux montre leur fréquente localisation dans des espaces fragiles (cf. annexes) :

- près des trois quarts des maisons de santé sont dans l'espace à dominante rurale, contre un tiers des généralistes libéraux;
- 72 % des MSP de l'espace à dominante rurale sont dans des espaces défavorisés ou fragiles, contre 50 % des généralistes libéraux;
- les maisons de santé sont beaucoup plus implantées dans les bassins de vie du « rural profond » (22 % des MSP contre 11 % des généralistes libéraux) et dans les espaces à dominante industrielle et agricole (27 % des MSP contre 18 % des généralistes libéraux).

La majorité des maisons de santé sont dans des espaces abritant moins d'un cinquième de la population métropolitaine

Près des trois quarts des maisons de santé rurales, soit 52 % du total, sont dans des espaces abritant 18 % de la population métropolitaine. Les bassins de vie à dominante industrielle et agricole (classe 3) accueillent 20 % des maisons de santé pour 7 % de la population, tandis que le « rural profond » regroupe 16 % de l'ensemble des maisons de santé pour 3 % de la population.

3.2.3 Les bassins de vie en dépeuplement comparativement aux classes issues de la typologie

Les espaces en dépeuplement apparaissent davantage fragiles au regard des autres espaces français, pris dans leur ensemble (*cf.* partie 1). **Il s'agit ici de les comparer aux différentes classes issues de la typologie**, puis d'y étudier la répartition des maisons de santé. Cette comparaison est menée sans distinction, afin de révéler une éventuelle « surfragilité » des espaces en dépeuplement.

La répartition des bassins de vie en dépeuplement au sein des classes définies par la typologie met en évidence une surreprésentation de ceux-ci dans les classes défavorisées ou fragiles. La plupart sont défavorisés (classe 4 ; 42 %), appartiennent au « rural profond » (classe 6 ; 36%) et dans une moindre mesure aux bassins de vie à dominante agricole et industrielle (classe 3 ; 14 %). Peu appartiennent aux autres classes (8 %).

Les bassins de vie en dépeuplement accueillent 64 maisons de santé soit 20 % de celles de l'espace à dominante rurale. Ils sont les plus fragiles au niveau de l'offre de médecins généralistes libéraux, malgré une densité satisfaisante. Ils se distinguent particulièrement des autres classes de la typologie par (Tableau 3) :

- la plus forte proportion de médecins généralistes libéraux de plus de 55 ans ;
- la plus forte diminution de la couverture communale en généralistes entre 2004 et 2012 ;
- la plus grande distance moyenne aux pôles de services de proximité ;
- la plus forte part de ménages sans voitures ;
- la plus faible part de bacheliers.

Tableau 3 - Principales variables des types de bassins de vie

Variables caractéristiques (moyenne)	Moyenne générale	Périurbain	Périurbain très favorisé	Rural à dominante agricole et industrielle	Rural défavorisé	Rural Touristique	Rural profond	BV en dépeuplement	Reste des BV
Offre de soins									
Part de généraliste de plus de 55 ans (2012)	50,7	42,5	41,4	54,8	54,6	51,1	56,8	58,7	49,5
Densité de généralistes de plus de 55 ans	40,4	32,2	33,6	36,9	39,5	52,8	51,0	48,9	39,1
Densité de généralistes (2012)	80,7	77,6	82,6	68,5	73,6	103,3	90,1	83,7	80,3
Evolution de la densité de généralistes (2004-2012)	-7,7	-1,3	0,0	-10,9	-11,1	-7,8	-12,1	-12,0	-7,1
Population									
Densité de population	83,0	95,1	216,7	51,9	77,9	96,9	32,7	56,6	87,0
Espérance de vie	80,1	80,6	81,5	80,2	78,7	80,2	79,8	79,2	80,2
Mortalité évitable liée au système de soins	77,1	71,2	66,8	73,7	91,8	76,0	79,0	84,3	76,0
Mortalité prématurée	205,4	181,7	154,5	203,5	244,5	207,7	218,7	229,0	201,8
Part d'agriculteurs	5,4	3,3	1,3	6,4	4,0	4,4	12,2	8,0	5,0
Part de bacheliers	28,8	31,6	40,6	24,9	24,7	32,5	25,7	24,0	29,5
Part de personnes âgées vivants seules	28,5	27,3	25,6	28,7	30,9	28,4	28,3	30,5	28,2
Part des plus de 65 ans	19,7	15,6	13,6	20,1	19,3	22,1	27,1	23,5	19,2
Part d'ouvriers	28,4	27,4	17,1	34,7	32,5	22,0	27,3	27,9	31,4
Revenu médian des ménages	21054,5	22576,9	30115,5	19987,4	19567,6	20507,6	17939,7	18768,5	21402,3
Taux de chômage	9,5	7,8	7,2	8,7	11,6	12,1	9,2	10,8	9,3
Taux de croissance annuel (1999-2009)	0,9	1,6	1,2	0,8	0,3	1,3	0,2	-0,3	1,1
Situation géographique									
Distance aux pôles de services de proximité	2,9	2,3	2,0	3,1	3,1	3,0	3,4	3,5	2,8
Distance aux pôles de services intermédiaires	7,6	7,0	6,1	7,2	7,5	8,3	9,0	8,8	7,4
Distance aux pôles de services supérieurs	22,6	20,7	17,4	21,2	20,3	26,8	29,0	25,0	22,2
Sources : Insee, Inserm-CepiDc, Irdes, Sniiram ; Réalisation : G. Chevillard, 2014									

3.2.4 Une typologie des pseudo-cantons en sept classes

Les bassins de vie des grands pôles urbains sont redécoupés en 2 189 pseudo-cantons. La classification ascendante hiérarchique, réalisée à partir des axes représentant 80 % de l'inertie de base, propose une partition en 7 classes (Encadré 2).

Cette typologie fait également ressortir des structures spatiales connues et décrites précédemment (Carte 16). Les espaces attractifs du sud de la France, hétérogènes socialement, apparaissent au sein de la classe 3, mais aussi les espaces périurbains diffus ou densifiés à travers les classes 1 et 4. L'est et le nord de la France, à dominante industrielle et dont l'état de santé des populations est plus dégradé ressort également à travers la classe 7. De nouvelles structures spatiales apparaissent au sein des grandes agglomérations (cf. annexe). Les zones urbanisées favorisées apparaissent à travers de la classe 6. Et, de fait, les oppositions entre villes aisées (classe 6) et villes défavorisées ressortent (classe 7), comme au sein de l'Île-de-France, entre l'ouest et le nord-est parisien. Certains types de pseudo-cantons, comme les rurbains, débordent de fait sur des bassins de vie voisins à dominante rurale.

Les logiques centre/périphérie structurant les agglomérations françaises apparaissent, au travers de la succession de différentes classes de manière concentrique visible à Toulouse, Auch, Aix-en-Provence, Lyon, Nantes, Caen, ou encore Limoges. Des structures spatiales plus complexes apparaissent notamment autour de Clermont-Ferrand où l'ensemble des classes est représentée, mais aussi autour de Nice où 6 types d'espaces différents sont voisins.

Cette typologie permet également de définir des espaces à dominante urbaine défavorisés ou fragiles, supposés propices à l'implantation de maisons de santé. Les pseudo-cantons qui apparaissent défavorisés sont ceux ayant une APL ou un niveau de densité moindre, des besoins de soins plus importants, une situation sociale plus dégradée, une situation géographique moins attractive et une dynamique démographique moins favorable. Ces critères correspondent aux espaces périphériques défavorisés et les villes industrielles (classes 1 et 7)¹⁵. Les pseudo-cantons fragiles correspondent à ceux « rurbains » (classe 2), avec des populations et des médecins fortement vieillissants.

A contrario, les pseudo-cantons ne connaissant pas de problèmes d'offre de soins de premier recours, attractifs et avec une population moins défavorisée sont considérés comme non propices à l'implantation de maisons de santé. Ces critères correspondent aux classes 3, 4 et 6.

¹⁵ La classe 5 pourrait être fragile car elle correspond aux centres urbains denses, pour lesquels le niveau d'analyse le plus pertinent serait infra-communal. L'analyse au niveau des pseudo-cantons ne permet pas de révéler les quartiers défavorisés au sein des villes.

Encadré 2 - les 7 classes de pseudo-cantons

La classe 1, des banlieues industrielles ou défavorisées, est composée de pseudo-cantons dont l'état de santé des populations est plus dégradé, le niveau d'éducation et les revenus moindre, l'offre de soins déficitaire et l'éloignement aux services plus grand. L'évolution de la densité de généralistes libéraux est défavorable ainsi que la part de médecins âgés de plus de 55 ans. Ces espaces, principalement situés dans le Nord-Est de la France, sont essentiellement composés de communes des couronnes des aires urbaines. Cette classe compte 543 pseudo-cantons soit 25 % de l'ensemble mais 8 % de la population de l'espace à dominante urbaine.

La classe 2, des espaces « rurbains », est constituée de pseudo-cantons à dominante rurale et agricole, qui se caractérisent par un vieillissement de la population et des médecins. L'offre de soins est plus abondante que la moyenne, sauf pour les masseurs-kinésithérapeutes et les spécialistes. Ces espaces plus éloignés des villes et essentiellement constitués de communes isolées, sont principalement situés en marge des espaces à dominante urbaine et dans le sud de la France. Cette classe compte 200 pseudo-cantons, soit 9 % de l'ensemble mais 1 % de la population.

La classe 3, des espaces touristiques et résidentiels, abrite des pseudo-cantons bien pourvus en offre de soins de premiers recours dont la population est plus âgée, mais en meilleure santé que la moyenne. On y trouve une forte surreprésentation des artisans et la dynamique démographique, soutenue, est supérieure à la moyenne. Le taux de chômage y est cependant plus élevé que la moyenne. La dynamique de l'offre de soins est défavorable sur la période. Ces espaces sont principalement situés dans le Sud de la France et en particulier sur le pourtour méditerranéen. Cette classe compte 227 pseudo-cantons, soit 10 % de l'ensemble et 8 % de la population.

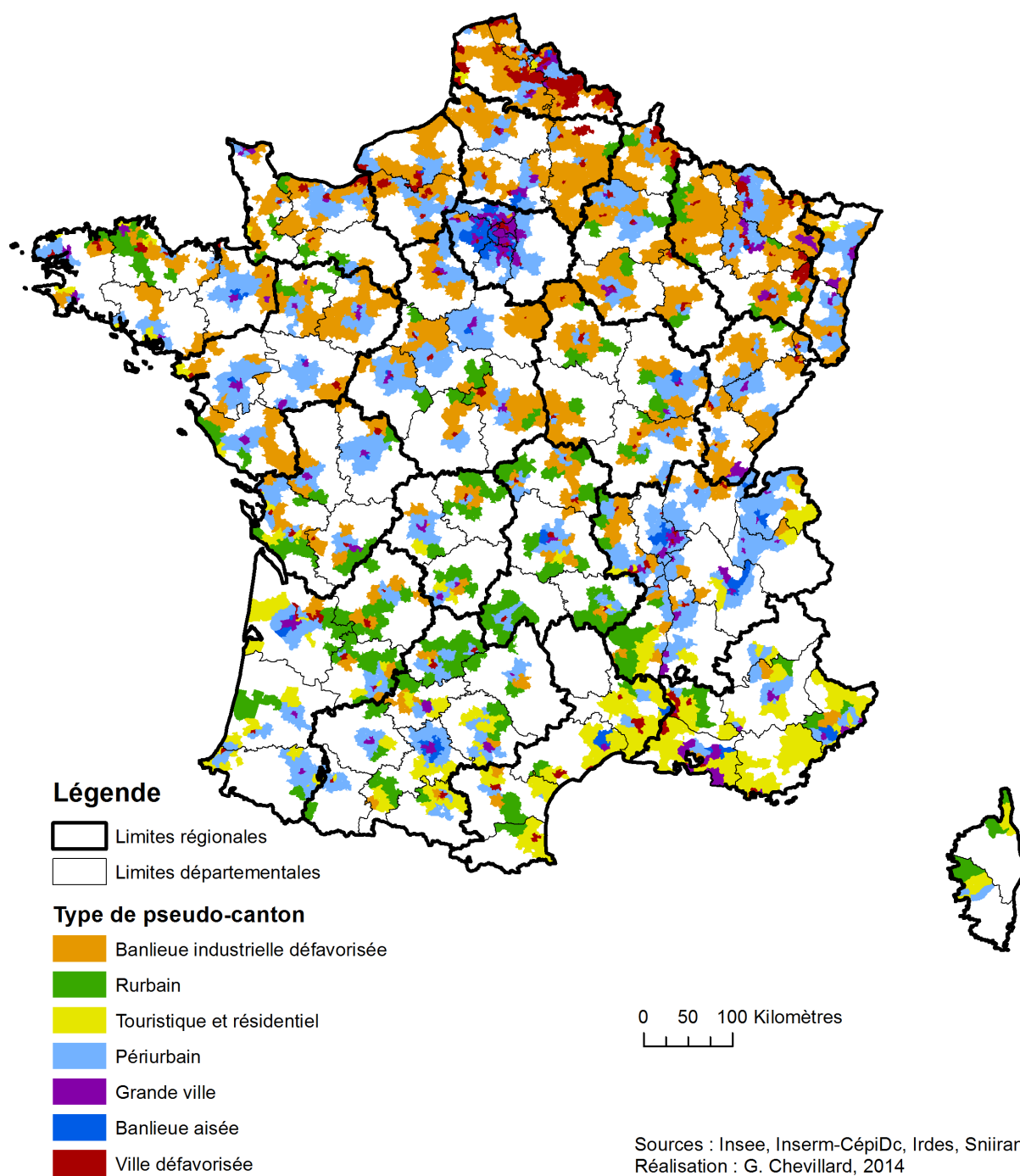
La classe 4, des espaces périurbains, est caractérisée par des pseudo-cantons urbains et périurbains, plutôt favorisés et très attractifs auprès des populations et des médecins généralistes, mais moins dotés en offre de soins de premiers recours. Les tranches d'âges des jeunes actifs et des enfants sont surreprésentées, les revenus médians sont plus élevés que la moyenne, comme la part de propriétaires, de bacheliers et de professions intermédiaires. Ces espaces sont légèrement plus éloignés des services. Ils se situent en général dans la deuxième couronne des principales agglomérations françaises, avec une répartition territoriale assez homogène. Cette classe compte 568 pseudo-cantons, soit 26 % de l'ensemble et 15 % de la population.

La classe 5, des centres urbains, regroupe des grandes villes très bien équipées en offre de soins mais dont les caractéristiques socio-économiques sont très hétérogènes. La population y est plus jeune, avec une surreprésentation des cadres et des bacheliers, un meilleur état de santé, mais un taux de chômage plus fort. L'évolution des généralistes libéraux y est plus défavorable que la moyenne. Cette classe compte 259 pseudo-cantons, soit 12 % de l'ensemble, mais 30 % de la population.

La classe 6, des banlieues aisées, est composée principalement de pseudo-cantons limitrophes des plus grandes agglomérations françaises (Paris, Lyon, Marseille, Toulouse, Bordeaux etc.), très favorisés aux plans socio-économiques et sanitaires, dont l'offre de soins est abondante. Cette classe regroupe 126 pseudo-cantons, soit 6 % de l'ensemble, mais 14 % de la population.

La classe 7, des villes défavorisées, regroupe des pseudo-cantons à dominante industrielle et défavorisés aux plans socio-économiques et sanitaires. Ils sont principalement situés dans Nord et l'Est de la France (bassins miniers) et près des villes portuaires. L'état de santé de leurs populations est plus dégradé et la part de chômeurs plus importante. L'offre de médecins généralistes est bonne mais en diminution. Cette classe ressemble à la classe 1 mais se distingue par une meilleure offre de soins et un moindre éloignement aux services. Elle compte 266 pseudo-cantons soit 12 % de l'ensemble, mais 23 % de la population.

Carte 16 - Typologie des pseudo-cantons des espaces à dominante urbaine



3.2.5 Répartition des maisons de santé au sein des classes de pseudo-cantons

Les maisons de santé des espaces à dominante urbaine représentent près du quart des MSP métropolitaines (112 MSP), dans un espace qui regroupe plus des deux tiers de la population et des généralistes libéraux. Elles sont préférentiellement implantées dans les zones moins dotées en offre de soins ainsi que celles défavorisées aux plus forts besoins de soins (Graphique 12).

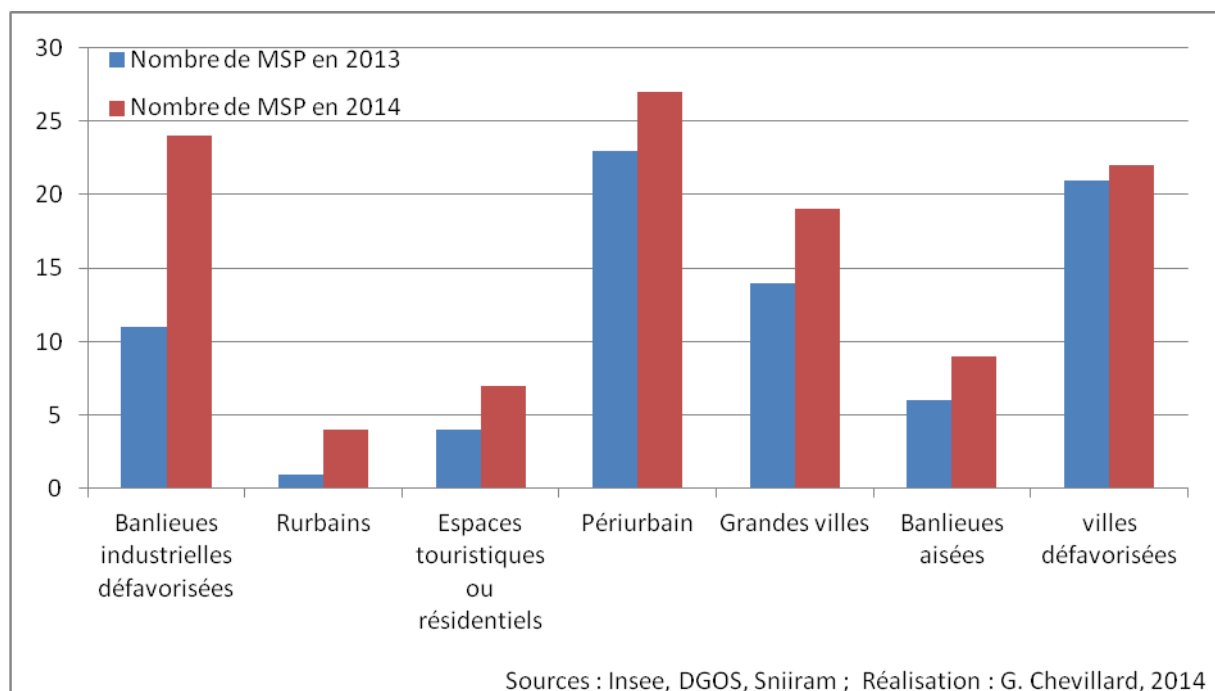
Les maisons de santé de l'espace à dominante urbaine sont principalement implantées dans les espaces périurbains (26 %), dans ceux périphériques défavorisés (23 %), dans les villes industrielles défavorisées (20 %), puis dans les grandes villes (17 %). On trouve peu de maisons de santé dans les espaces très favorisés (4 %), les espaces rurbains (4 %) et ceux touristiques ou résidentiels (7 %).

Comparativement à 2013, on observe une forte progression de l'implantation des maisons de santé dans les espaces périphériques défavorisés, avec 24 structures (23 %) contre 11 auparavant (14 %). On n'observe pas de nouvelles implantations dans les espaces défavorisés des grandes villes ouvrières, qui eux sont davantage dotés. Il ressort une moindre proportion de MSP dans les pseudo-cantons périurbains (26 % contre 30 % auparavant).

Les maisons de santé sont davantage implantées que les médecins dans les espaces moins dotés

Les maisons de santé sont surreprésentées dans les espaces périphériques défavorisés comparativement aux médecins généralistes libéraux : 23 % des maisons de santé contre 4 % des médecins généralistes ; ainsi que dans les espaces périurbains : 26 % des maisons de santé contre 9 % des médecins généralistes. Ces classes étant moins équipées, **cette implantation des maisons de santé illustre ici une logique de rééquilibrage de l'offre de soins.** Les maisons de santé sont également surreprésentées, mais dans une moindre mesure, dans les classes 2 et 7 qui accueillent 4 % et 20 % des maisons de santé mais 1 % et 18 % des médecins généralistes.

Graphique 12 - Répartition des maisons de santé en 2013 et 2014 au sein des classes issues de la typologie des pseudo-cantons de l'espace à dominante urbaine (EDU)



3.2.6 Discussion

L'apport des typologies

Les typologies réalisées, font ressortir des structures spatiales déjà connues. Elles apportent un cadre d'analyse multidimensionnel pour l'étude d'espaces défavorisés ou fragiles. De plus, elles renseignent sur la pertinence de l'implantation des maisons de santé. Elles font ressortir, par exemple, des zones fragiles où l'offre de médecins généralistes paraît abondante alors qu'elle est vieillissante et en déclin. Ces combinaisons distinguent aussi des espaces avec des niveaux d'offre de généralistes similaires mais des besoins de soins différents à l'instar des bassins de vie défavorisés comparativement à ceux périurbains ou favorisés.

De plus, ces typologies distinguent spécifiquement les espaces à dominante urbaine ou rurale, apportant plus de précisions dans leur analyse.

Résultats et hypothèses de recherche

Les résultats valident les hypothèses posées car les bassins de vie défavorisés ou fragiles regroupent près des trois quarts des maisons de santé dans l'espace à dominante rurale. Cependant, une part non négligeable des structures (18 %) se situent dans des espaces périurbains, supposés moins propices. Dans l'espace à dominante urbaine, la répartition observée confirme les hypothèses, sauf pour les pseudo-cantons périurbains qui regroupent un quart des maisons de santé.

Les maisons de santé apparaissent comme un mode d'exercice davantage rural comparativement à la répartition des médecins généralistes libéraux, et dans des espaces davantage fragiles. La comparaison de la répartition des maisons de santé avec celle des médecins généralistes, se fait sans prendre en compte le nombre de médecins par structure. Les résultats présentés sont donc *a minima*.

L'implantation des maisons de santé correspond bien à une réponse apportée pour combler les zones déficitaires, en voie de marginalisation ou en déclin progressif. Cette réponse n'est pas uniforme (variations régionales) et il sera intéressant d'analyser les différentes formes prises par ces réponses (ou l'absence de réponse). Par ailleurs se pose la question de savoir s'il s'agit d'une réponse adéquate que ce soit en matière d'accessibilité aux soins (attirent-elles des médecins ?) et d'aménagement du territoire : doit-on maintenir à tout prix une offre dans les territoires en déclin ?

Les limites possibles : le milieu urbain, la dépendance au zonage, le regroupement de situations spatiales ...

L'analyse de l'espace à dominante urbaine apporte un éclairage limité sur les grands pôles urbains. Un niveau plus fin, comme l'Iris, affinerait la description des espaces d'implantation ou de quartiers défavorisés.

La typologie regroupe des espaces de régions différentes, dont les caractéristiques ne sont pas identiques. Une analyse menée sur les bassins de vie du « rural profond » révèle des différences selon les départements (cf.annexes). Ainsi dans l'Aveyron on note un meilleur état de santé de la population et un moindre taux de chômage dans ces zones tandis que dans les Côtes d'Armor les revenus y sont plus élevés et les services de proximité plus proches.

Le choix de distinguer espace à dominante rurale ou urbaine avec des zonages qui ne s'imbriquent pas aboutit à des recouvrements. Cependant, cela permet l'étude de l'ensemble des espaces, avec les indicateurs souhaités. D'autres approches auraient été possibles (commune) mais la perte d'information sanitaire aurait été davantage préjudiciable. Néanmoins les nouveaux outils disponibles, comme le carroyage, constitue une nouvelle voie prometteuse pour l'étude des espaces urbains, ruraux et intermédiaires (Terrier, 2014).

Les indicateurs choisis pour étudier l'espace à dominante rurale ou urbaine diffèrent peu. Il semblerait judicieux d'approfondir leur diversité afin de mieux prendre en compte les spécificités de chacun de ces espaces.

L'analyse de la répartition des maisons de santé au sein des espaces français dépend des indicateurs choisis qui rejoignent en partie les critères de sélection des pouvoirs publics (zones sous-dotées). Des facteurs humains, moins rationnels, peuvent également entrer en jeu (cf. partie 3).

3.3 Analyse de l'implantation des maisons de santé au niveau local

Les typologies au niveau local concernent les **communes équipées de médecins généralistes entre 2004 et 2012**. Elles concernent 5 907 communes pour l'espace à dominante rurale et 1 758 pour l'espace à dominante urbaine (hors grands pôles urbains). Les résultats de ces typologies sont ici présentées puis la répartition des MSP dans les classes issues de celles-ci.

3.3.1 Typologie des communes dans les espaces à dominante rurale

Cette typologie (Encadré 3), au contraire de celles du niveau intermédiaire, ne met pas en évidence de faits régionaux ou de grandes structures spatiales, mais davantage des mosaïques locales (Carte 17). Ces différentes situations locales, souvent proches géographiquement, illustrent l'hétérogénéité interne des bassins de vie. Les classes semblent fortement corrélées à la hiérarchie des villes (services, population ; Carte 4). Par exemple, deux classes regroupent la plupart des communes et de la population.

Encadré 3 - Les 5 classes de communes de l'espace à dominante rurale

La classe 1, des pôles de services intermédiaires, est composée majoritairement de pôles de services intermédiaires, avec une offre de médecins généralistes en 2004 moyenne, mais qui diminue entre 2004 et 2008. Cette classe compte 1 451 communes soit 26 % de celles étudiées et 53 % de la population.

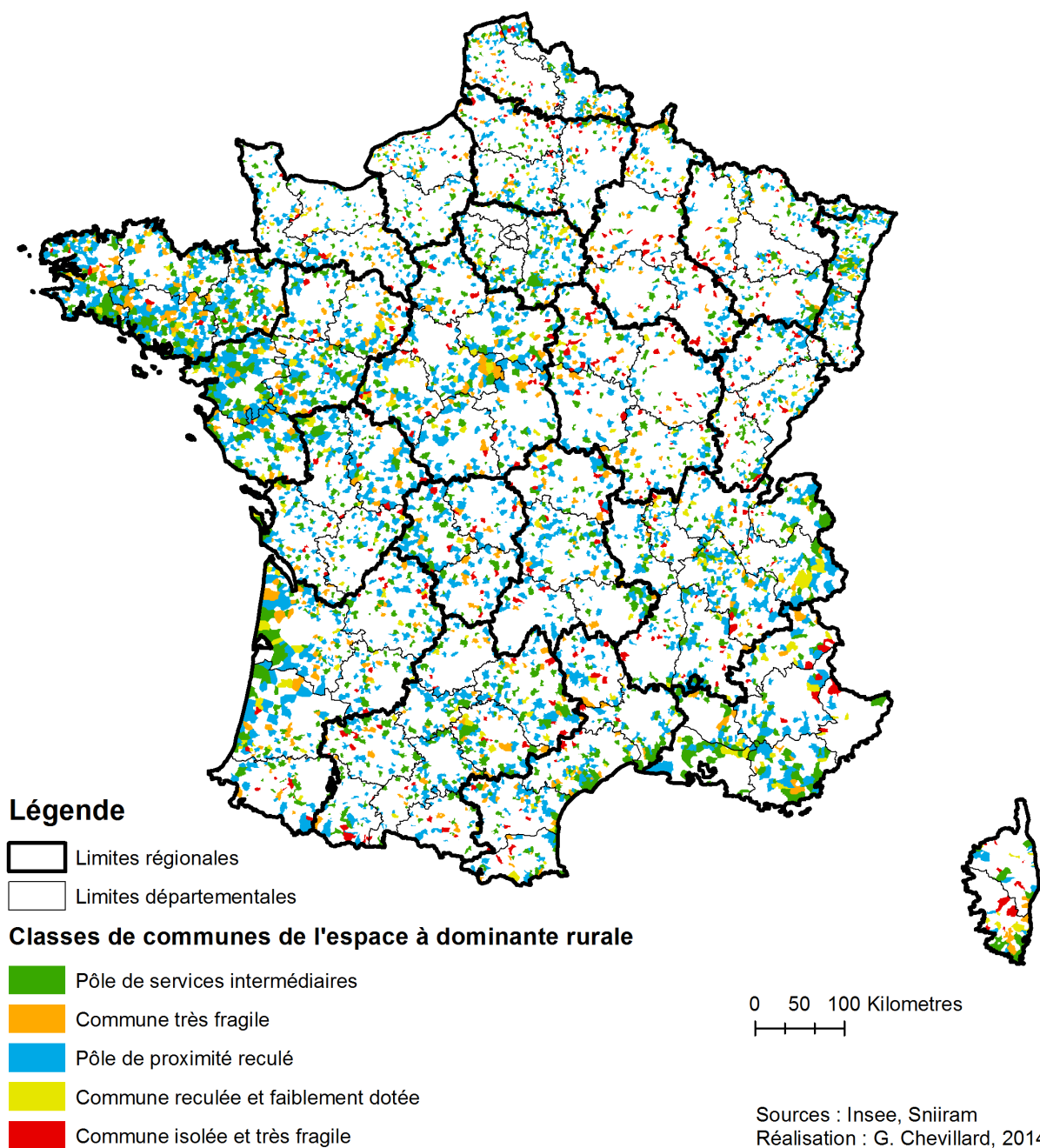
La classe 2, des communes très fragiles en médecins, est caractérisée par une proportion de médecins généralistes de plus de 55 ans très supérieure à la moyenne et par une évolution des effectifs de médecins en forte diminution entre 2004 et 2008. Ces communes sont pour la plupart des pôles de services de proximité et ont en moyenne 1,5 médecin généraliste. Cette classe compte 655 communes soit 11 % de celles étudiées et 6 % de la population.

La classe 3, des pôles de proximité reculés, est composée principalement de pôles de services de proximité, plus éloignées des pôles de services intermédiaires. Ils connaissent une diminution prononcée de leurs effectifs de médecins entre 2004 et 2008, mais ont moins de médecins âgés et ont en moyenne près de deux médecins généralistes. Cette classe compte 2 978 communes soit 50 % de celles étudiées et 34 % de la population.

La classe 4, des communes reculées et faiblement dotées, se distingue par une forte progression des généralistes mais dont les effectifs moyens sont faibles (1,1 médecins généralistes). Elles sont plus éloignées des pôles de services de proximité. Cette classe compte 383 communes soit 6 % de celles étudiées et 5 % de la population.

La classe 5, des communes isolées et très fragiles, est constituée majoritairement de communes qui ne sont pas des pôles de services et qui en sont plus éloignées, avec des effectifs de médecins généralistes moyens faibles (1,1 généralistes) et une évolution négative de ceux-ci entre 2004 et 2008. Cette classe compte 440 communes soit 7 % de celles étudiées et 2 % de la population.

Carte 17 - Typologie des communes équipées de médecins généralistes dans l'espace à dominante rurale



3.3.2 Typologie des communes dans l'espace à dominante urbaine

Comme pour la précédente typologie on n'observe pas de structures spatiales particulières ou marquée régionalement, mais davantage des « mosaïques ». Toutefois les communes de la classe 3, isolées et fragiles, sont davantage situées dans le quart nord-est de la France, déjà plus défavorisé aux autres échelles étudiées.

Encadré 4 - Les cinq classes de communes de l'espace à dominante urbaine

La classe 1, des communes où une offre de médecin est apparue, est caractérisée par un fort gain de généralistes mais dont les effectifs moyens sont faibles (0,6 médecin généraliste). Elles sont un peu plus éloignées des pôles de services de proximité. Cette classe compte 118 communes soit 7 % de celles étudiées et 6 % de la population.

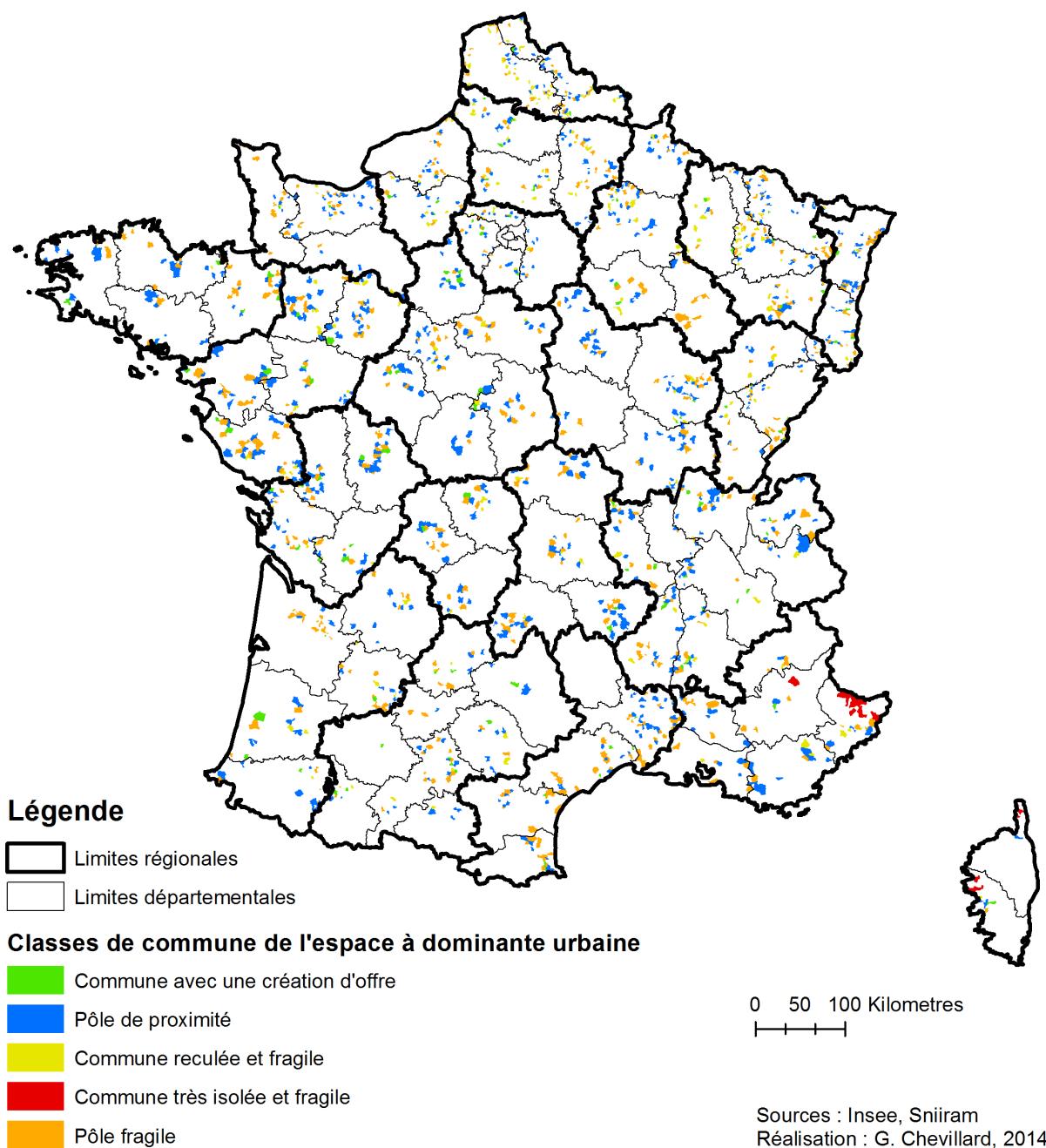
La classe 2, des pôles de proximité, est composée principalement de pôles de services de proximité, connaissant une diminution de leurs effectifs de médecins entre 2004 et 2008. Elles n'ont aucun médecin de plus de 55 ans et ont en moyenne près de 1,6 médecin généraliste. Cette classe compte 819 communes soit 47 % de celles étudiées et 45 % de la population.

La classe 3, des communes isolées et fragiles, est constituée majoritairement de communes qui ne sont pas des pôles de services et qui en sont plus éloignées, avec des effectifs de médecins généralistes moyens faibles (1 généraliste) et une diminution prononcée de ceux-ci entre 2004 et 2008. Cette classe compte 216 communes soit 12 % de celles étudiées et 6 % de la population.

La classe 4 des communes très isolées et fragiles, est principalement constituée de communes éloignées des pôles de services et qui perdent médecins généralistes. Cette classe compte 17 communes soit 0,1 % de celles étudiées et 1 % de la population.

La classe 5, des pôles fragiles, se singularise par une forte proportion de généralistes de plus de 55 ans et une forte diminution des effectifs entre 2004 et 2008. Ces communes sont majoritairement des pôles de services de proximité et ont en moyenne 1,5 médecin généraliste. Cette classe compte 588 communes soit 33 % de celles étudiées et 43 % de la population.

Carte 18 - Typologie des communes équipées de médecins généralistes dans l'espace à dominante urbaine (hors grands pôles urbains)



3.3.3 Répartition des maisons de santé dans les classes de communes de l'espace à dominante rurale ou urbaine

Les communes supposées **propices** à l'émergence de maisons de santé, sont celles présentant plusieurs des caractéristiques suivantes : une offre de soins fragile (perte de médecins ou part importante de médecins de plus de 55 ans), un niveau d'équipement relevant au moins du niveau de proximité, un nombre moyen de médecins supérieur à 1 et une situation géographique moins

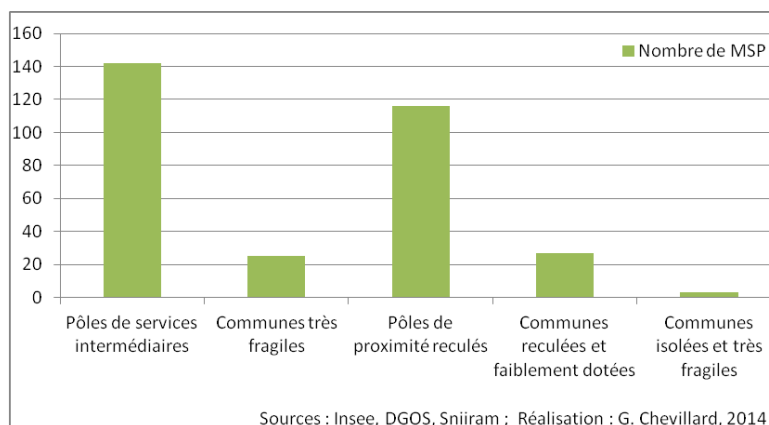
favorable (éloignement des services). **Ces communes correspondent aux classes de communes 1, 2 et 3 dans l'espace à dominante rurale et 2, 4 et 5 dans l'espace à dominante urbaine** (s'ajoutent à ces communes, celles sans médecins généralistes mais pôles de services de proximité).

Les communes supposées **non-propices** à l'émergence de MSP sont celles bien dotées en offre de soins, « attrayantes », ou trop peu équipées pour accueillir un équipement de proximité : soit les classes 4 et 5 dans l'espace à dominante rurale et 1 et 3 dans l'espace à dominante urbaine.

3.3.3.1 Les communes d'implantation des maisons de santé dans l'espace à dominante rurale

Les maisons de santé sont principalement implantées dans les pôles de services intermédiaires (45 %), puis dans les pôles de proximité reculés (37 %) (Graphique 13).

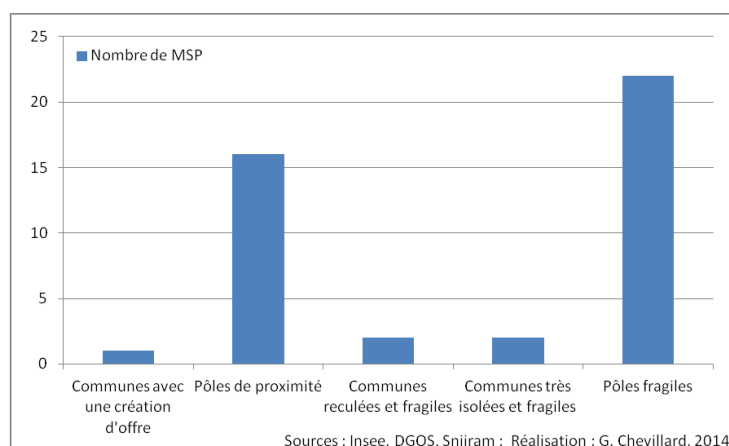
Graphique 13 Répartition des maisons de santé au sein des classes de la typologie des communes de l'espace à dominante rurale



3.3.3.2 Les communes d'implantation des maisons de santé dans l'espace à dominante urbaine

Les maisons de santé de l'espace à dominante urbaine sont principalement dans des grands pôles urbains (62 %) qui ne sont pas dans la typologie. Pour le reste des espaces, elles sont majoritairement situées dans des pôles de proximité et des pôles fragiles.

Graphique 14 - Répartition des maisons de santé au sein des classes de la typologie des communes de l'espace à dominante urbaine



3.3.4 Discussion

L'implantation des maisons de santé dans des communes majoritairement structurantes, confirment les hypothèses posées. Ces résultats illustrent aussi une logique de renforcement des centralités existantes.

Les typologies communales apparaissent davantage hétérogènes que celles des bassins de vie et pseudo-cantons. Pour les communes rurales, les situations particulières aux petits effectifs ressortent et tirent l'analyse, tandis que la classe des pôles de proximité reculés regroupe plus de la moitié des communes et des situations « moyennes ». Dans l'espace à dominante urbaine la classe des pôles de proximité est prépondérante posant les mêmes problèmes d'analyse. Néanmoins, les maisons de santé sont davantage situées dans des pôles fragiles, illustrant d'autres logiques à l'œuvre.

La non prise en compte des grands pôles urbains, regroupant la majorité des maisons de santé de l'espace à dominante urbaine, conduit à une étude incomplète. Une analyse de ces espaces à une échelle plus fine apporterait de nouvelles connaissances.

Les communes sans médecin généraliste pendant la période ne sont pas étudiées, car elles sont supposées non propices à l'implantation de maisons de santé. Cependant, pour certaines, l'absence de médecins peut être le reflet de difficultés en termes de démographie médicale (perte récente de leur médecin). Afin de le prendre en compte, les communes sans médecins généralistes mais qui sont des pôles de services de proximités sont étudiées. Il est ainsi supposé qu'elles devraient être dotées de médecins généralistes au regard des services dont elles disposent. Ce type de cas concerne 955 communes, constituant ainsi une classe à part : les pôles de services de proximité sans médecins généralistes libéraux. Ces communes ont 4 maisons de santé, illustrant probablement des arrivées de médecins après 2012, année limite des données disponibles sur les médecins.

3.4 Addition des typologies spatiales : quels emboitements de situations ?

Les typologies fournissent, pour chaque échelle, une information sur les espaces d'implantation des maisons de santé. L'addition de celles-ci apporte une analyse à différents échelles géographiques, révèle de nouvelles dynamiques régionales et définit ainsi des profils de systèmes propices ou non à l'implantation de maisons de santé.

3.4.1 *Articulation des différentes échelles d'information relative à l'implantation des maisons de santé*

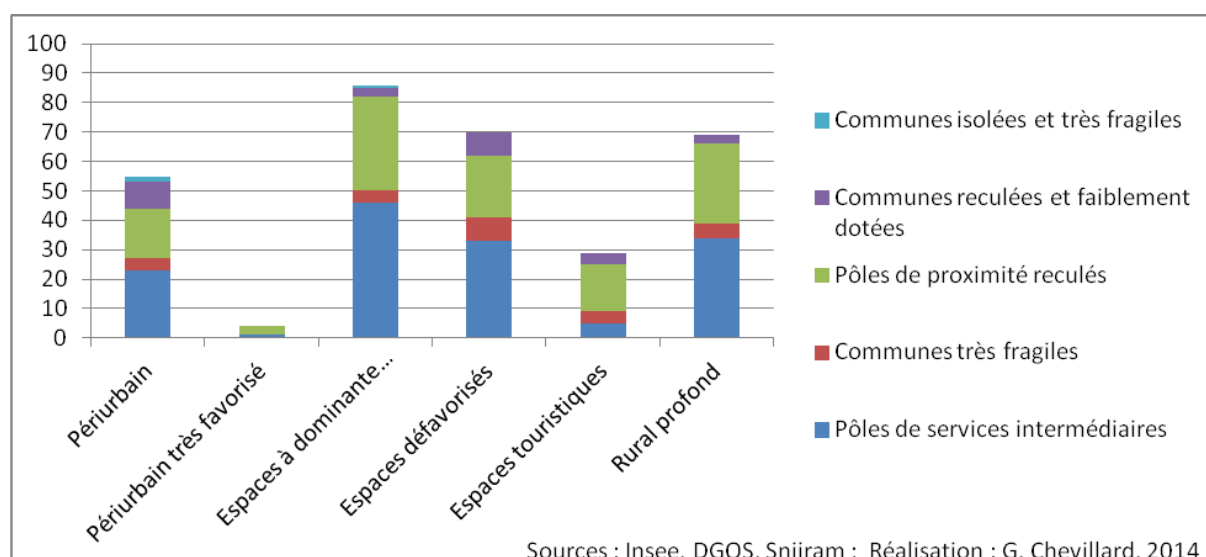
3.4.1.1 *Dans l'espace à dominante rurale*

Le croisement des données sur la répartition des MSP au sein des différentes classes de bassins de vie et de communes réduit les effectifs dans l'analyse intra-classe, excluant ainsi une analyse dans les bassins de vie peu dotés en MSP.

Dans la plupart des bassins de vie les communes d'implantation sont principalement des pôles intermédiaires, puis des pôles de proximité reculés, comme observé à l'échelle nationale.

En revanche, dans les bassins de vie touristiques, qui regroupent 29 maisons de santé, les communes d'implantation principales sont des pôles de proximité reculés, suggérant des logiques différentes. Celles-ci renvoient soit à la structure spatiale de ces bassins de vie, soit à d'autres spécificités non explorables de manière quantitative.

Graphique 15 - Nombre de MSP selon le type de bassins de vie et le type de communes



3.4.1.2 Dans l'espace à dominante urbaine

Les communes qui accueillent des maisons de santé sont pour les deux tiers dans des grands pôles urbains, pour lesquelles l'analyse au niveau communal n'a pas été menée. Parmi les communes restantes, seules celles présentes dans les pseudo-cantons périurbains (classe 1) sont suffisamment nombreuses pour analyser leur répartition. Elles sont ainsi au sein de cette classe principalement des communes de type pôle de proximité (classes 2 et 5).

3.4.2 L'addition des typologies spatiales apporte une nouvelle lecture des dynamiques régionales

L'analyse des régions au vu des situations supposées propices aux maisons de santé, puis au regard de leur dotation en maison de santé, illustre de nouvelles dynamiques régionales.

3.4.2.1 Les communes sont supposées plus ou moins propice à accueillir des MSP selon leurs contextes

Pour définir les communes dans un contexte propice à l'implantation de maisons de santé les deux niveaux de typologies sont croisés : bassins de vie ou pseudo-cantons et communes (Tableau 4). Un contexte donné est considéré comme opportun pour accueillir une maison de santé, quand les deux niveaux sont favorables. En revanche, si le bassin de vie ou le pseudo-canton n'est pas favorable mais que le type de commune l'est, cette situation est moins propice. Enfin, si le type de commune n'est pas propice, la situation est supposée non-propice.

Tableau 4 - Tableau récapitulatif des situations supposées propices ou non à la localisation de maisons de santé

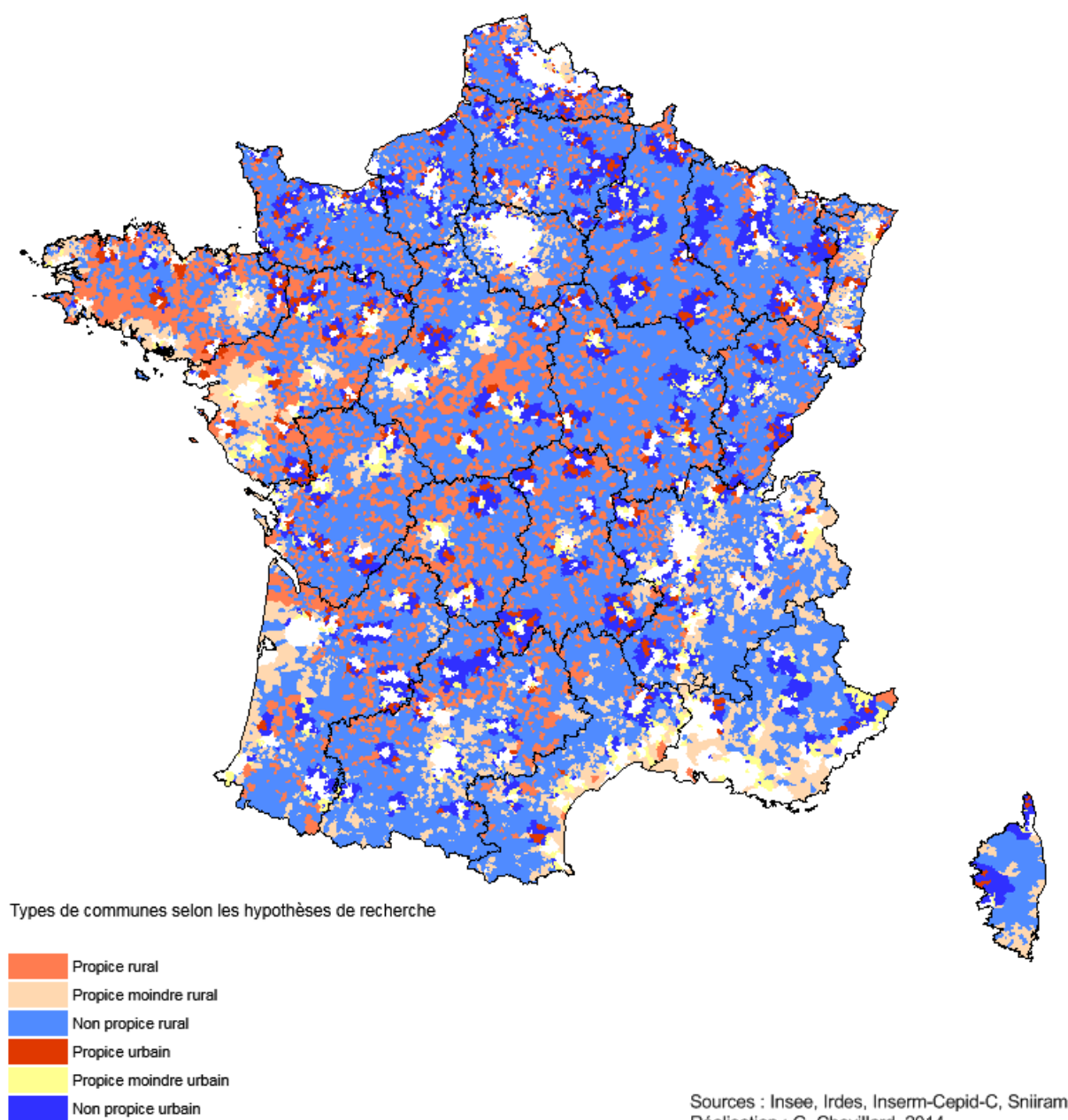
	Niveau intermédiaire (bassin de vie, pseudo-cantons)	Niveau local (commune)
Situations propices	Espaces défavorisés en offre et/ou besoins, peu attractif	Socle d'équipement (rôle polarisant), offre fragile, éloignement, socle de médecins
Situations non-propices	Espaces favorisés en offre et/ou besoins, attractifs	Offre conséquente, trop peu d'équipement, pas assez de médecins

Cette démarche définit ainsi un emboîtement de situations défavorables ou fragiles. Cette définition « verticale », complète la définition « horizontale » proposée par les typologies. Par exemple, deux communes dans un bassin de vie défavorisé peuvent être plus ou moins fragiles : un pôle intermédiaire apparaîtra moins qu'un pôle de proximité reculé.

3.4.2.2 Les régions selon les situations propices ou non aux maisons de santé

Des régions se distinguent par une meilleure couverture de situations supposées propices : la Bretagne ou les Pays-de-la-Loire (Carte 19). A l'inverse, les régions qui connaissent une bonne couverture en espaces supposés opportuns aux maisons de santé (en général au Nord et à l'Est) ont une couverture moindre en communes favorables, mais qui apparaît régulier. Cette différence peut être due au maillage des villes et bourgs dans ces espaces moins denses, mais aussi à la superficie des communes.

Carte 19 - Les régions selon les types de situations supposées propices ou non à l'implantation de maisons de santé



3.4.2.3 La répartition « attendue » et la répartition « observée » des maisons de santé au sein des régions

Il s'agit ici de confronter les situations supposées propices avec la répartition des maisons de santé, afin de comparer une situation « attendue » à la situation « observée »¹⁶. De la sorte, plusieurs types de régions apparaissent (cf. annexes).

Le premier groupe a une différence entre la situation observée et celle attendue la plus faible, caractérisée par un plus grand nombre de réponses aux situations de fragilité. Il s'agit de la Champagne-Ardenne, du Centre, de la Bourgogne, de la Lorraine, de la Franche-Comté et de Rhône-Alpes. Le deuxième groupe, intermédiaire, concerne la Bretagne, l'Aquitaine, le Poitou-Charentes et le Languedoc-Roussillon. Le dernier groupe a un taux de réponse faible, il regroupe l'Île-de-France, la Picardie, la Haute-Normandie, la Basse-Normandie, l'Alsace, le Nord-Pas-de-Calais, les Pays-de-la-Loire, Midi-Pyrénées, le Limousin et l'Auvergne, ainsi que la Corse et PACA.

La prise en compte des projets de maisons de santé pour comparer « l'attendu » et « l'observé » tend à estomper les différences entre régions. Toutefois, certaines régions se rattrapent de manière significative comme la Picardie, la Basse-Normandie, Midi-Pyrénées, le Limousin, l'Auvergne et dans une moindre mesure les Pays-de-la-Loire et la Bretagne.

Les régions qui ont le plus de « situations attendues » pour des maisons de santé sont généralement celles qui ont le plus grand nombre de structures ou de projet à l'instar de la Bourgogne, la Bretagne, le Centre, Poitou-Charentes ou la Lorraine, confirmant ainsi les hypothèses de recherche. *A contrario*, certaines régions apparaissent « surdotées » au regard des hypothèses posées comme Rhône-Alpes. Selon les maisons de santé en fonctionnement des régions apparaissent beaucoup moins dotées que supposé, comme par exemple la Haute-Normandie, la Picardie ou le Limousin.

Ces résultats montrent que l'implantation en maisons de santé diffère entre régions « similaires »¹⁷, et ainsi qu'elle dépend d'autres logiques que spatiales. Cette hypothèse sera testée au cours de la troisième partie à travers l'analyse des dynamiques territoriales relatives aux maisons de santé dans deux régions.

¹⁶ Il ne s'agit pas de remettre en cause les diagnostics régionaux réalisés par les ARS, mais de tester l'hypothèse selon laquelle le nombre de maisons de santé par régions dépend des situations spatiales qu'elles regroupent.

¹⁷ selon les situations spatiales définies précédemment

3.4.3 Discussion

L'articulation entre les niveaux met en évidence dans l'espace rural, des logiques d'implantations des maisons de santé dans les communes avec une base de services, quel que soit le type d'espace. Dans l'espace à dominante urbaine, l'analyse est peu robuste du fait des faibles effectifs et suggère une implantation dans des pôles de proximité pour les espaces périurbains moins dotés.

La démarche menée consistait à étudier la répartition des maisons à partir de deux typologies menées indépendamment. Cela permet de comparer tous les types de commune et leur répartition au sein des classes de bassins de vie ou de pseudo-cantons. Il aurait été possible de ne pas procéder ainsi et de décrire les communes au sein des classes. Cette démarche n'aurait en revanche pas permis de comparaison entre les types de communes. Par exemple, cela ne révélerait pas la surreprésentation des pôles de services intermédiaire dans les espaces ruraux.

La prise en compte de l'effet de contexte des maisons de santé pourrait être une piste de recherche. Par exemple, une commune avec beaucoup de maisons de santé voisines, aura probablement plus de chances de réaliser une maison de santé qu'une commune identique mais plus isolée. Cela revient à supposer l'existence d'un effet de voisinage. La prise en compte de cet effet de contexte est un prolongement possible de ce travail. Il pourrait se faire en attribuant un score de dotation et de voisinage en maisons de santé par bassins de vie, afin de mieux comprendre leur diffusion.

Conclusion de la deuxième partie

Cette partie avait pour but d'esquisser une définition d'espaces fragiles ou défavorisés puis d'interroger l'implantation des maisons de santé vis-à-vis de ces espaces et ce, à différentes échelles géographiques.

L'approche menée à partir de typologies spatiales s'avère judicieuse pour définir des espaces fragiles ou défavorisés, en faisant ressortir les espaces cumulant des indicateurs défavorables. Dans cette contribution, les espaces ont été traités spécifiquement selon leur dominante urbaine ou rurale, tout en analysant l'ensemble de l'espace français métropolitain. Cette démarche reste, à notre connaissance, peu mobilisée dans la littérature à l'exception des travaux de Bigard et Durieux (2010), la plupart étant spécifique de l'un ou l'autre de ces espaces.

A l'échelle nationale, les maisons de santé sont davantage présentes dans la moitié Nord de la France. Aux échelles régionales et départementales des logiques d'implantation plus particulières ressortent (marges, grappes de MSP), mais aussi des degrés d'ancienneté différents entre régions mettant en évidence un foyer des maisons de santé à l'Est de la France, à l'exception de l'Alsace, mais aussi en Bretagne.

Aux échelles intermédiaires, l'implantation des maisons de santé montre une logique de rééquilibrage de l'offre de soins. Ces résultats confirment en grande partie nos hypothèses sur l'implantation de ces structures. Dans l'espace à dominante rurale, elles sont principalement situées dans des zones moins dotées ou plus fragiles en offre de soins, mais également dans des zones aux plus forts besoins de soins. Dans l'espace à dominante urbaine, elles sont davantage localisées dans les espaces périurbains ou périphériques moins dotés en offre de soins.

A l'échelle communale, les maisons de santé sont principalement implantées dans des communes structurantes, déjà dotées en offre de soins et services.

L'addition des échelles d'information ventile les effectifs de maisons de santé par classes de bassins de vie, puis de communes réduisant fortement les effectifs et la robustesse de l'analyse. Néanmoins, elle révèle plus finement les logiques d'implantation des maisons de santé. Dans les espaces ruraux, elles sont davantage situées dans des communes structurantes illustrant une logique de maintien de l'offre existante et de renforcement des centralités. Dans l'espace à dominante urbaine, l'implantation dans les espaces périurbains montrent une logique de proximité.

L'addition de deux échelles d'informations permet également de proposer une définition « verticale » d'espaces défavorisés ou fragiles. Par exemple, au sein de bassins de vie défavorisés, un pôle de services intermédiaire apparaît moins fragile qu'un pôle de service de proximité avec une offre de soins déclinante.

En définitive, les logiques d'implantation des maisons de santé apparaissent de plusieurs ordres. L'importance des faits régionaux décrits (ancienneté des structures, sur ou sous-dotation...), l'absence de répartition spatiale homogène des maisons de santé, leur présence dans des espaces plus surprenants montrent qu'il n'y a pas de facteurs explicatifs généraux et suggèrent des logiques politiques, organisationnelles ou sociales à l'œuvre.

Face à ce constat, et à l'insuffisance d'une seule approche quantitative, la troisième partie de cette recherche explore les dynamiques territoriales à l'œuvre dans deux régions afin de mieux documenter la géographie des maisons de santé.

Partie 3 Les dynamiques territoriales à l'œuvre dans l'implantation des maisons de santé : approche qualitative

Les deux premières parties ont montré l'existence d'espaces défavorisés ou fragiles en France et la manière dont les maisons de santé y sont implantées. Si de grandes tendances ressortent dans leur implantation, il n'y a, en revanche, pas de logique unique. Des spécificités globales et régionales apparaissent. Leur compréhension nécessite une approche qualitative explorant les conditions d'émergence pluriscale des maisons de santé c'est à dire les acteurs concernés et les politiques mises en œuvre. Cette articulation entre les approches quantitative et qualitative de l'implantation des maisons de santé, nous permet *in fine* d'en expliquer une géographie.

Cette partie a pour objectif de comprendre dans quelle mesure les dynamiques territoriales participent à la répartition observée des maisons de santé. L'inégale répartition des maisons de santé peut être expliquée, notamment, par deux éléments :

- D'une part, l'échelle locale et les acteurs du territoire concerné ;
- D'autre part, les échelles supras (régionale et départementale) et les acteurs et politiques associés.

Il s'agit dans cette partie de tester l'hypothèse selon laquelle les spécificités de répartition des maisons de santé dépendent d'acteurs, de politiques mises en place et de différentes échelles de décision.

Ces hypothèses proviennent de la littérature abordant le rôle des acteurs dans les dynamiques territoriales (Chapitre 1). Cet état de l'art alimente ensuite la méthodologie utilisée pour l'approche qualitative (Chapitre 2). Enfin, les résultats des terrains et la mise en évidence du rôle d'acteurs dans les dynamiques territoriales d'offre de soins sont l'objet du chapitre 3.

Chapitre 1 Dynamiques territoriales, acteurs et jeu d'acteurs : un état de l'art

Ce chapitre montre l'intérêt de l'étude des acteurs dans la compréhension des dynamiques territoriales, et propose ensuite un cadre d'analyse pertinent pour l'approche qualitative.

1.1 Dynamiques territoriales et acteurs

1.1.1 Les acteurs : des catégories et des situations d'actions multiples

L'acteur, dont les définitions sont multiples, est un élément central dans le fonctionnement et la production des territoires. Dans la lignée des travaux de Gumuchian (2003), il est ici considéré que *« les acteurs sont ceux qui réalisent ce passage incessant entre le réel spatial tel qu'il s'offre comme ressource à l'action et l'action comme inscrite dans l'espace »*.

Les individus sont des acteurs mais il existe par extension des **acteurs collectifs** (Lévy, Lussault, 2003), comme les associations (usagers, professionnels de santé). L'importance d'acteurs collectifs peut également reposer sur le charisme particulier d'un **acteur individuel** : un leader. Le cumul de fonctions, comme par exemple maire et médecin, est à l'origine d'acteurs **« multicasquettes »** (Gumuchian, 2003).

Les acteurs sont **territorialisés** (Gumuchian, 2003), ainsi *« tout homme ou femme peut être acteur, tout acteur est doté d'une personnalité et d'une individualité, [...] tout acteur a une compétence territoriale (politique, sociale, spatiale, culturelle...), [...] le sujet agissant devient acteur territorialisé lorsqu'il se retrouve en situation d'action. L'acteur territorialisé opère au sein de systèmes d'actions concrets qui sont évolutifs et perméables les uns aux autres [...]. Il négocie continuellement sa place par des jeux de pouvoir »*.

Ces acteurs territorialisés évoluent dans différents **systèmes d'actions** (Gumuchian, 2003) comme celui de type **projet** qui nous intéresse particulièrement. Dans celui-ci, trois grands types d'acteurs interviennent : les porteurs de projet, ceux qui vont l'accompagner (partenaires) et ceux qui vont participer à sa dynamique. Ces acteurs seront ciblés pour les entretiens autour des projets de maisons de santé.

Parmi ces acteurs, se trouvent ceux **impliqués dans la vie du territoire comme les élus locaux ou leurs collaborateurs** (Dumont, 2012) et les associations qui jouent un rôle déterminant dans les actions locales (Loncle, 2011).

Les acteurs peuvent aussi être singularisés selon leur **action directe** ou **indirecte sur le territoire** (Partoune et Piveteau, 2010). L'acteur direct agit matériellement et physiquement sur le territoire considéré (par exemple un maire, un promoteur), tandis que l'acteur indirect agit, de par ses choix, sur la gestion du territoire en influençant les autres acteurs directs (touristes, nouveaux habitants). L'étude des projets de maisons de santé se devra de prendre en compte ces différents acteurs.

Enfin, les acteurs agissent dans un contexte donné, dans des cadres d'action déterminants et/ou contraignants qui proviennent de leurs compétences restreintes à un domaine ou à un territoire donné (Gumuchian, 2003). La prise en compte de ces cadres d'actions (découpages administratifs, financements, etc.) et leurs limites apparaît indispensable dans la compréhension des dynamiques territoriales des maisons de santé.

1.1.2 Le territoire est composé et construit par des acteurs : les dynamiques territoriales

L'entrée par le territoire permet de révéler les acteurs, leurs stratégies et projets (Gumuchian, 2003). En effet, le territoire est une production sociale (Lévy et Lussault, 2003 ; Di Méo, 2005) mais aussi un système, composé de plusieurs sous-systèmes dont celui des acteurs (Moine, 2006 ; cf. annexes).

Ainsi, les dynamiques territoriales sont l'œuvre d'acteurs au sein d'un espace donné, qu'ils s'approprient, en constituant un territoire. Elles sont façonnées par l'articulation d'actions individuelles et d'actions collectives, de phénomènes microsociaux et de cadres, institutions et réseaux nationaux (Bel, 2010). En retour, le territoire influence aussi les acteurs par son histoire, les normes et coutumes locales (Rican *et al.*, 2014).

Les systèmes d'acteurs sont pluriels et peuvent prendre la forme de systèmes locaux d'action publique (Loncle, 2011) qui illustrent des interactions entre l'influence de l'histoire des territoires, la gravité des situations locales, les rôles des différents types d'acteurs et leurs fonctionnements en réseaux. Ces systèmes expliquent notamment qu'une politique nationale ne se décline pas de manière uniforme localement, comme cela a été observé pour les politiques en faveur des jeunes (*op. cit.*). De la même manière, il est supposé que la création d'une maison de santé dans un territoire donné dépendra de ses acteurs et de leur capacité à porter le projet. Ainsi, tous les territoires ne répondraient pas de la même façon expliquant l'inégale répartition des maisons de santé.

1.1.3 Les acteurs sont moteurs du développement territorial

Les concepts de l'économie de la proximité dévoilent le rôle des acteurs dans les dynamiques territoriales. Des auteurs montrent ainsi que les capacités de développement des territoires ne dépendent pas seulement des réserves de ressources mais aussi de leurs acteurs (Angeon, 2008 ; Bel, 2010 ; Mao, 2009 ; Teisserenc, 1994).

L'économie de la proximité repose notamment sur deux concepts : la proximité spatiale et la proximité organisée qui sont des composantes du développement local (Angeon, 2009 ; Filippi et Torre, 2003). Les travaux de Filippi et Torre ont montré que la proximité spatiale joue une part significative dans les processus de développement locaux, mais qu'elle doit être activée par un autre type de proximité : celle organisée. Le réseau d'acteur local le permet, quand il est au service d'un projet collectif. Il est supposé que dans le cadre d'un projet de maison de santé, ce seront les mêmes mécanismes à l'œuvre.

1.1.4 Les acteurs concernés par les maisons de santé

Des acteurs apparaissent spécifiques dans le champ de la santé et des maisons de santé (partie 1). Par exemple, de Haas (2010) identifie 6 catégories d'acteurs concernés par les maisons de santé : les professionnels de santé libéraux, les collectivités locales, l'État et la Haute Autorité de Santé (HAS), l'Assurance Maladie et les autres financeurs (comme la Mutuelle Sociale Agricole), les populations et les universités. De manière plus large, Fleuret (2003) propose quatre types d'acteurs qui composent le système local de santé : les acteurs médicaux et soignants, les tutelles du système de santé, les acteurs des politiques locales et la population.

1.1.5 Le territoire : lieu de jeux d'acteurs aux formes multiples

L'étude des acteurs de leurs relations ou de leurs projets met en évidence de nombreuses dynamiques invisibles avec une approche globale ou quantitative. Celles-ci constituent autant de formes de jeux d'acteurs, dont quelques exemples sont présentés.

Bossuet (2007, 2013) a étudié les conflits en milieu rural notamment les réactions de communautés rurales vis-à-vis des nouveaux résidents ou des touristes, donnant lieu à des situations de rejet, **d'opposition** ou **d'intégration**. Il met ainsi en évidence l'effet de lieu, l'importance de l'histoire de la commune et des acteurs dans ces situations. Des **concurrences** entre acteurs sont d'autres formes de jeux d'acteurs comme il en existe entre les stations de sports d'hiver (Perrin-Malterre, 2014) ou les politiques d'attractivité économique des territoires (Léon et Sauvin, 2010). Ces **blocages** et **conflits** territoriaux sont ainsi un moyen de révéler **les liens et réseaux d'acteurs** (Gumuchian, 2003). Ces exemples révèlent, en outre, des **territorialités**, à savoir « *l'identité territoriale d'un individu ou d'un collectif* » (Lévy et Lussault, 2003). A l'instar de ces cas de figures, il est supposé que les projets de maisons de santé permettront de révéler des jeux d'acteurs au sein des territoires : conflits, concurrence, synergie...

1.2 Les méthodes d'analyse des jeux d'acteurs

L'étude des jeux d'acteurs nécessite de les identifier et de les contextualiser, « *la seule analyse des acteurs en tant qu'individus, ne pouvant suffire à comprendre les contextes de l'action de chacun d'eux* » (Gumuchian, 2003). Ceci passe notamment par le recueil des discours des acteurs, l'identification de leurs champs de compétences et par l'étude de leurs relations.

1.2.1 Les entretiens

Pour appréhender au mieux les jeux d'acteurs « *la principale méthodologie utile est celle qui privilégie l'analyse des discours avec des enquêtes de terrain dont les objectifs sont de percevoir les relations qui se sont tissées au cours du temps entre les différents acteurs et les territoires* » (Gumuchian, 2003). Le terrain peut être défini comme, « *le concret, la pratique, l'espace que l'on parcourt pour une étude de terrain, en étant « sur les lieux », par opposition aux livres, statistiques, au bureau* » (Brunet, 2006).

Les entretiens permettent également d'analyser la **gouvernance** d'un territoire, à savoir le « *processus de coordination d'acteurs, de groupes sociaux et d'institutions* » (Moine, 2006). L'analyse des relations entre élus, entre élus et les autres acteurs du territoire ou entre le territoire et les puissances publiques supérieures peut aussi servir à apprécier la gouvernance (Dumont, 2012).

Plusieurs types d'entretiens, individuels et collectifs, existent. Les entretiens individuels sont de trois ordres : structurés ou directifs, semi-directifs et approfondis (non structurés, non directifs) (Pnud, 1997 ; Unil, 2010). Les entretiens directifs consistent en une série de questions prédéfinies avec un choix limité. Ils sont privilégiés, par exemple, lors des enquêtes lorsque le nombre d'entretiens est important. L'entretien semi-directif amène le participant à s'exprimer librement sur des questions préétablies, il repose notamment sur un guide d'entretien (liste écrite de questions ou de sujets qui doivent être traités). Lors d'un entretien approfondi le participant est amené à s'exprimer sur des questions larges, l'enquêteur intervient que pour approfondir certains points.

1.2.2 Les matrices situent les acteurs les uns par rapport aux autres

Des auteurs ont cherché à analyser les jeux d'acteurs à travers des matrices dont le but est de confronter les acteurs et d'en définir des profils (Larid, 2010). Par exemple, la matrice CAPE (Partoune et Piveteau, 2010 ; cf. annexes) prend en compte le caractère interne ou externe de l'acteur par rapport au territoire considéré, puis son caractère régulateur ou non par rapport aux enjeux qui se posent. Le croisement de ces deux critères permet de définir quatre profils d'acteurs : les acteurs Collectifs, les Arbitres, les Privatifs, les Extérieurs (CAPE). Cette matrice sera utilisée par la suite pour situer les acteurs par rapport à un projet de maison de santé.

1.3 L'intérêt des acteurs dans la compréhension des dynamiques territoriales relatives aux maisons de santé

Ce chapitre a montré la nécessité de l'étude des acteurs dans la compréhension des dynamiques territoriales. Les territoires sont les lieux de jeux d'acteurs multiples qu'ils contribuent à façonner et qui les façonnent en retour. Ces jeux d'acteurs, pour être décryptés, nécessitent de réaliser des entretiens et de comprendre les contextes d'action.

Ainsi, dans les projets de maisons de santé, plusieurs acteurs clés ressortent :

- Les élus locaux sont incontournables par leur connaissance et leur action sur le territoire. Les autres acteurs locaux concernés par le projet, ici les professionnels de santé semblent aussi indispensables à rencontrer.
- Les acteurs peuvent aussi agir sur un territoire donné sans y appartenir. Cela conforte l'idée de s'entretenir avec les acteurs de différents niveaux : les financeurs (État, collectivités locales), les accompagnateurs et les régulateurs (ARS, représentants des professionnels, etc.).

Cet état de l'art contribue au cadre d'analyse méthodologique élaboré pour les terrains détaillé dans le chapitre suivant.

Chapitre 2 Méthodologie de l'approche qualitative

2.1 Objectifs et hypothèses

Cette partie analyse dans quelle mesure les dynamiques territoriales participent à l'émergence de maisons de santé. Ce questionnaire contient plusieurs questions : quels sont les objectifs des porteurs de projet de maison de santé ? Quels sont les éléments facilitateurs et les freins à la mise en place de projets ? Quelles sont les caractéristiques socio-spatiales des territoires dans lesquels émergent les maisons de santé ? Dans quelle mesure les acteurs et leurs interactions influencent l'émergence d'un projet ?

De cette manière, les processus (acteurs, politiques, financements) à l'origine des maisons de santé nécessitent d'être questionnés. Auparavant, il convient de rappeler que plusieurs « types » de maisons de santé coexistent :

- Celles pionnières (avant 2008). Elles sont principalement le fruit d'initiatives locales, peuvent avoir un projet de santé et peuvent bénéficier d'aides au fonctionnement ou à l'accompagnement (FAQSV, FIQCS puis FIR et ENMR), ainsi que d'aides de certaines collectivités territoriales.
- Celles bénéficiant des aides financières de l'État (plan de financement de 250 MSP rurales, politique de la ville, contrats de projets État-Région) ou d'autres acteurs publics. Elles peuvent cumuler des aides financières au fonctionnement ou à l'ingénierie et répondent toutes à un cahier des charges national.

L'hypothèse principale est ici qu'une politique nationale, les maisons de santé, est mise en œuvre différemment selon les territoires en fonction, notamment, de jeux d'acteurs.

L'implantation des maisons de santé dépendra des **systèmes territoriaux locaux** dans lesquels elles se trouvent ainsi que des systèmes d'acteurs d'autres échelles. A situation spatiale « équivalente », ce seraient les systèmes d'acteurs et leur superposition qui permettraient, ou non, l'émergence d'une maison de santé, mais aussi l'importance du lieu et de son histoire. Ainsi, le rôle des acteurs régionaux ou départementaux n'est pas la même partout.

Les buts poursuivis par les porteurs de projets et les différentes interactions ou non-interactions avec les autres acteurs constituent des jeux d'acteurs. Leurs résultantes participent à la production et l'évolution du territoire, mais aussi à l'émergence, ou non, de maisons de santé.

Pour tester ces hypothèses, des **systèmes d'acteurs** sont questionnés à différentes échelles géographiques : nationale, régionale, départementale puis locale. Ces systèmes d'acteurs s'imbriquent et interagissent de manière **verticale**, mais aussi de manière **horizontale** (au sein de l'échelle locale par exemple).

Ces systèmes d'acteurs sont explorés de deux manières :

- Par des **entretiens** avec des acteurs clés concernés par la problématique de la démographie médicale et des maisons de santé, ceci au niveau national ;

- Par des **terrains**, c'est à dire des visites de maisons de santé et des entretiens avec les acteurs locaux concernés et des « **contre-terrains** », zones sans maisons de santé. Ces terrains sont réalisés dans deux régions.

Ce chapitre méthodologique est composé de plusieurs temps. En premier lieu, le choix des régions est explicité (2.2), puis celui des terrains (2.3). Ensuite la méthode de sélection des acteurs est détaillée (2.4), puis celle des entretiens réalisés (2.5).

2.2 Le choix des régions d'étude

Mener des terrains dans deux régions consiste à tester l'hypothèse de spécificités régionales dans la mise en place de la politique des maisons de santé¹⁸. Dans cette perspective il semble intéressant¹⁹ de questionner deux régions opposées en termes de dynamiques de maisons de santé (cf. partie 2). En ce sens, la sélection des régions a tenu compte de plusieurs critères : la structure spatiale, la faisabilité et la dynamique régionale en maisons de santé.

Le degré d'urbanisation permet de sélectionner des régions plus cohérente avec la « ruralité » des maisons de santé et des terrains ciblés. De la sorte, les régions les plus urbaines (Ile de France, Nord-Pas-de-Calais et PACA) sont exclues.

La faisabilité repose sur la possibilité de réaliser les différents types de terrains ciblés. Ceci conduit à prévoir un « taux de non-réponse »²⁰ des acteurs et conduit à éliminer les régions ayant peu de situations « surprenantes » (cf. choix des terrains). Ainsi, la Haute-Normandie, la Picardie, l'Alsace, le Limousin, l'Auvergne, les Pays-de-la-Loire, Poitou-Charentes, l'Aquitaine et le Languedoc-Roussillon sont exclues.

Parmi les régions restantes, il s'agit de sélectionner une région pionnière en maisons de santé (Bourgogne, Franche-Comté, Lorraine et Rhône-Alpes) et une dans laquelle le dispositif est plus récent (Centre et Midi-Pyrénées). Il semble aussi approprié de choisir deux régions différentes en termes de profils spatiaux (cf. partie 2). Les régions pionnières et le Centre sont caractérisés par un faible écart entre la situation attendue en maison de santé (nombreuses zones fragiles) et celle observée (maillage plus dense). Midi-Pyrénées a un écart plus important conduisant à retenir cette région plutôt que le Centre.

¹⁸ Pour tester cela de manière plus approfondie il faudrait mener une étude exhaustive des politiques régionales pour en comprendre les spécificités. Cette démarche apparaissait ici peu envisageable notamment du fait du temps imparti à cette recherche.

¹⁹ Il est supposé que cette démarche apporte plus d'enseignement sur leurs rôles qu'une démarche explorant deux dynamiques régionales similaires, notamment en ne neutralisant pas un éventuel « effet région ».

²⁰ les acteurs que l'on souhaite rencontrés ne sont pas tous disponibles ou ne souhaitent pas tous nous accorder du temps. Il s'agit donc d'anticiper d'éventuels refus.

Au final, la **Lorraine et Midi-Pyrénées** apparaissent suffisamment différentes au regard des critères énoncés et constituent ainsi les deux régions choisies pour mener les terrains.

2.3 Le choix des terrains

L'exploration de plusieurs terrains vise à illustrer divers contextes locaux et les réponses mises en place par les acteurs pour faire face aux problèmes d'offre de soins. Des situations différentes sont ciblées afin de voir si les acteurs apparaissent davantage déterminants dans la mise en place de projets de maisons de santé que les seules caractéristiques spatiales des territoires.

Le choix des terrains est guidé par l'hypothèse selon laquelle les maisons de santé sont implantées dans certains espaces aux caractéristiques spatiales définies dans la partie 2²¹. Ainsi, plusieurs étapes se succèdent : la mise en évidence des communes correspondant aux situations à explorer, puis l'étude de la faisabilité des terrains, évaluée selon les réponses des acteurs ciblés.

2.3.1 *Méthodologie du choix des communes*

L'analyse à différents échelles géographique, réalisée dans la deuxième partie, identifie quatre types de situations :

- les espaces supposés propices aux maisons de santé et qui en sont dotés : les « **maisons de santé conformes** » ;
- les espaces supposés non-propices aux maisons de santé mais dans lesquels il en existe : les « **maisons de santé surprenantes** » ;
- les espaces supposés favorables aux maisons de santé dans lesquels il n'y en a pas : les « **terrains contrefactuels** » ;
- enfin, les espaces dans lesquels il n'est pas attendu de trouver des maisons de santé et dans lesquels il n'y en a effectivement pas. Ce dernier type ne sera pas exploré.

Chaque situation sera explorée par un terrain dans les deux régions. Les terrains « surprenants », sont doublés avec l'étude de projets de maisons de santé²². Ceci conduit à **4 configurations de terrains** explorées dans deux régions, portant ainsi le total à **8 terrains** (Figure 10).

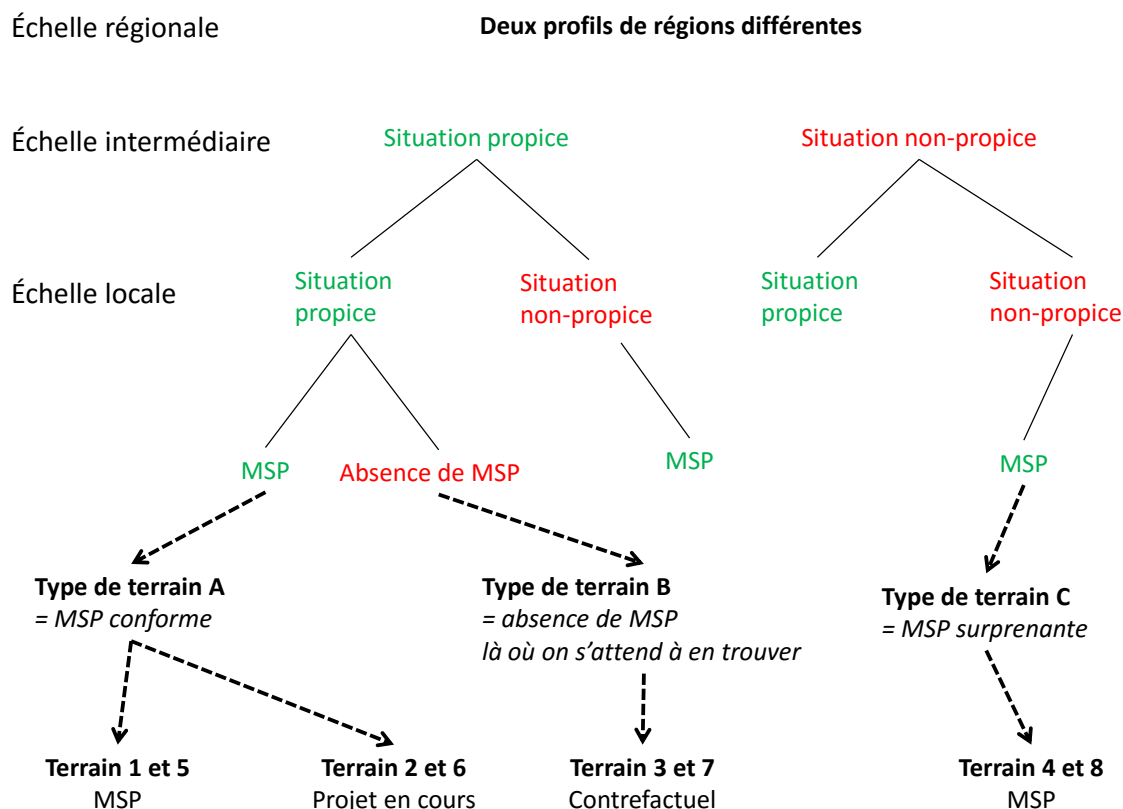
Les maisons santé monosites et multisites diffèrent par leur étendue spatiale sur un territoire donné, plus conséquente pour les multisites. Dans un souci de comparabilité, il a été décidé de se concentrer

²¹ Les choix des terrains reposent notamment sur le recensement des maisons de santé de la DGOS de 2013, ainsi que sur les travaux des ARS.

²² Il est ainsi supposé que cette démarche livrera plus d'enseignement que dans des situations « conformes ».

uniquement sur les **maisons de santé monosites**. Pour celles-ci, les enjeux en termes de centralité de l'offre de soins et du respect du maillage existant se posent différemment.

Figure 10 - Méthodologie du choix des communes pour les terrains



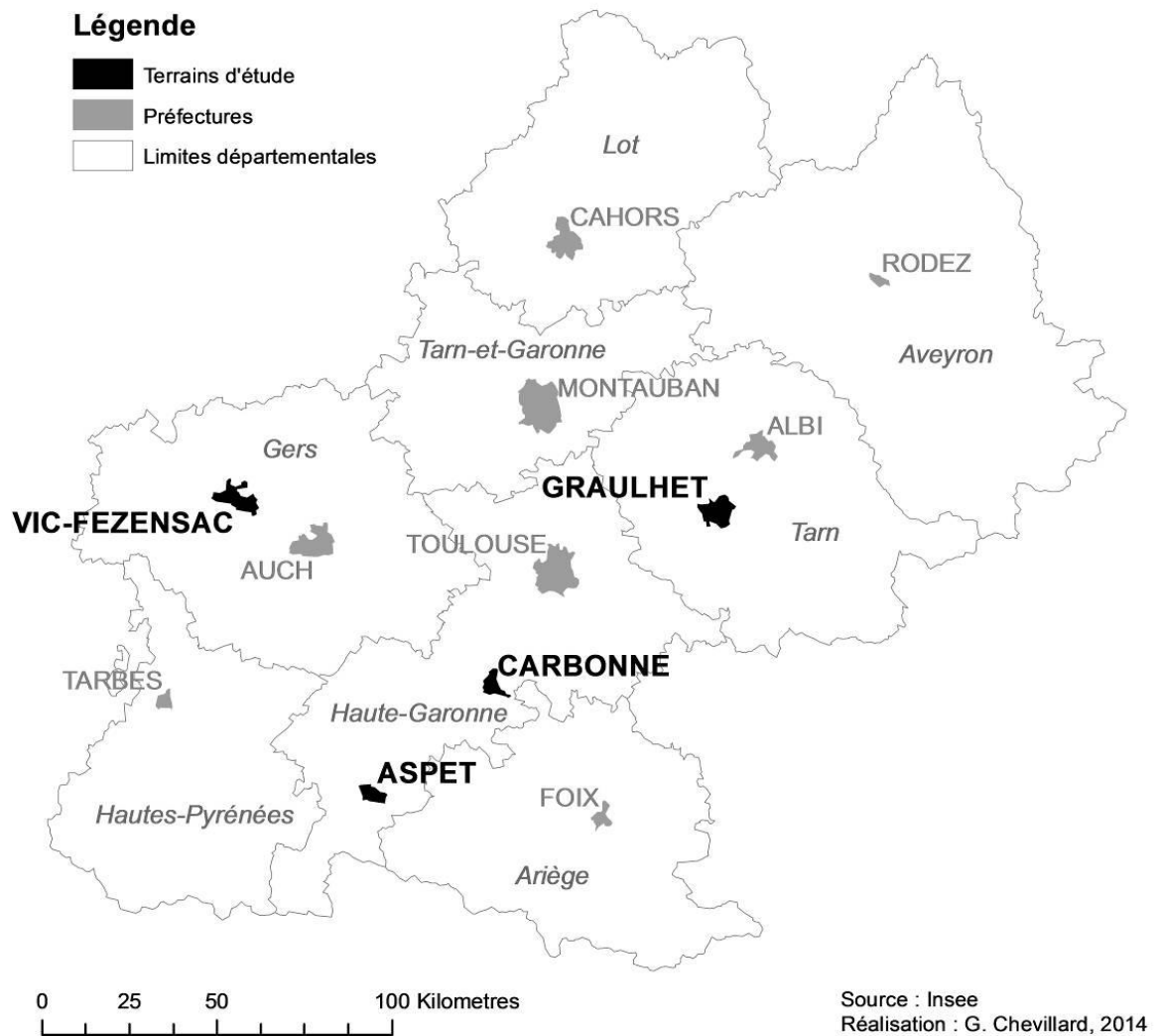
Réalisation : G. Chevillard, 2013

2.3.2 Les terrains choisis

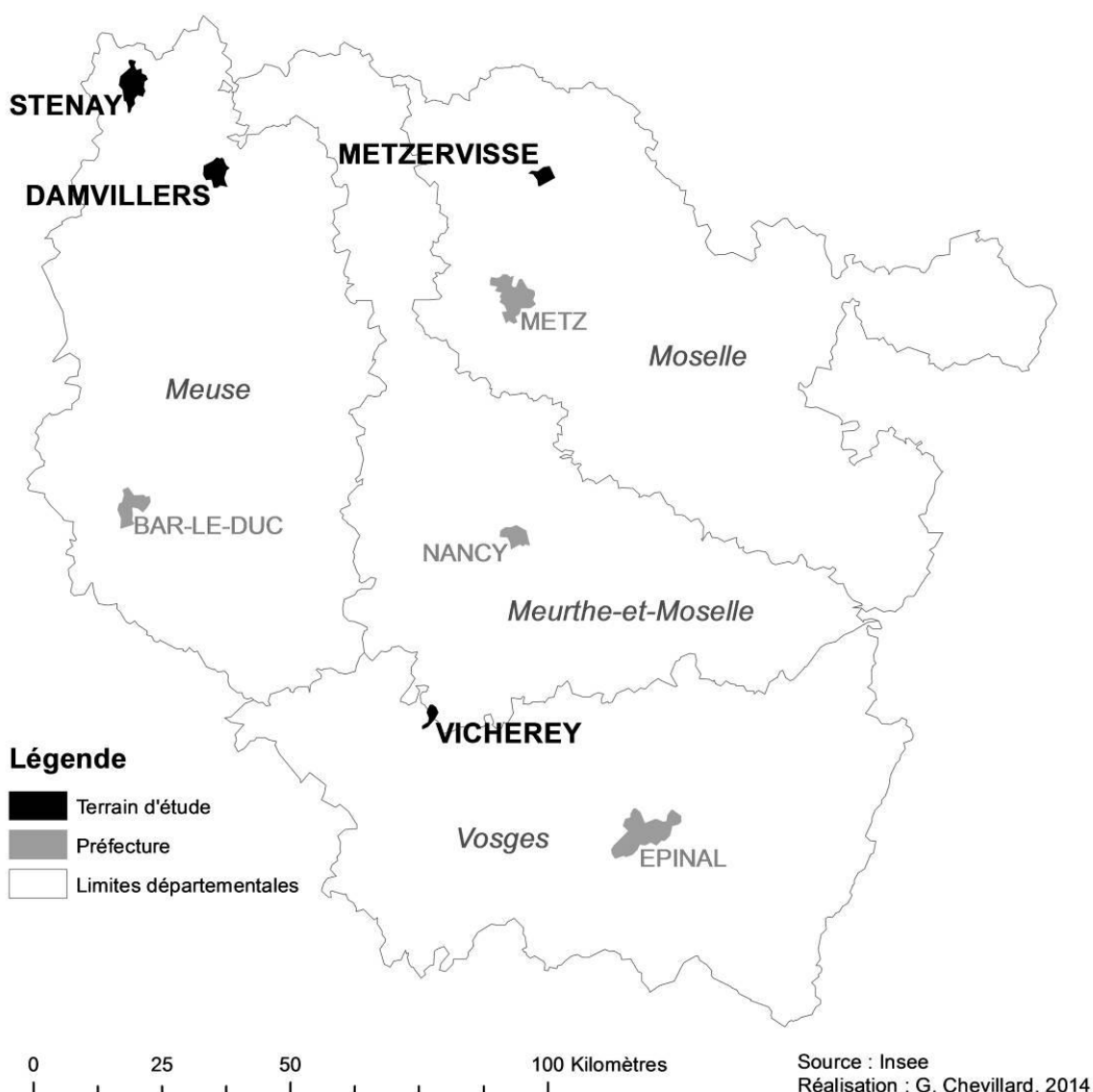
Les terrains choisis en Midi-Pyrénées sont Vic-Fezensac (Gers) pour la maison de santé « conforme », Aspet (Haute-Garonne) pour celle « surprenante », Carbonne (Haute-Garonne) pour le projet « surprenant » et Graulhet (Tarn) pour le « contrefactuel » (Carte 20).

Les terrains choisis en Lorraine sont Damvillers (Meuse) pour la maison de santé « conforme », Vicherey (Vosges) pour celle « surprenante », Metzervisse (Moselle) pour le projet « surprenant » et Stenay (Meuse) pour le « contrefactuel » (Carte 21).

Carte 20 - Localisation des terrains d'étude en Midi-Pyrénées



Carte 21 - Localisation des terrains d'étude en Lorraine



2.4 Les acteurs rencontrés

La littérature sur l'offre de soins en France et les maisons de santé (cf. partie 1), a fait émergé les principales catégories d'acteurs concernées (régulateurs, financeurs, élus, usagers, professionnels).

La matrice CAPE (Tableau 5) a été utilisée pour faire ressortir les acteurs internes et externes au territoire du projet de maison de santé, ainsi que leur rôle de régulateurs ou non. La catégorisation des acteurs intervenant dans des projets territoriaux (Gumuchian, 2003), a aussi été utilisée pour faire ressortir les rôles et attentes supposés de différents acteurs locaux (Tableau 6). Ce cadre théorique réalisé en amont, est discuté ensuite puisqu'il a été nourri par les terrains.

**Tableau 5 - La matrice CAPE appliquée aux acteurs concernés par les projets de maisons de santé
(Piveteau, 2010)**

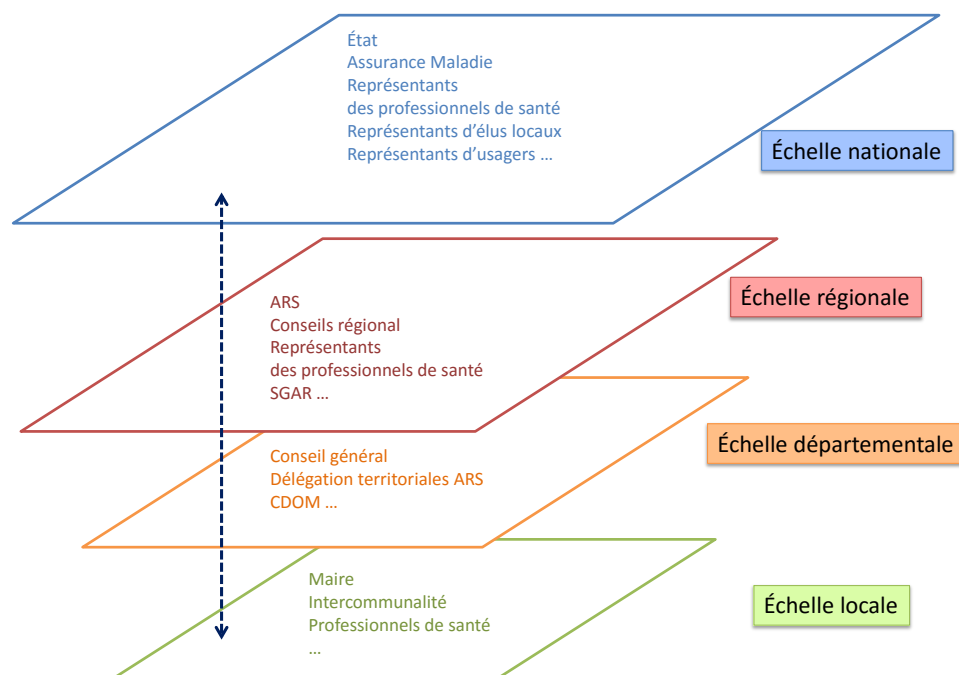
Acteurs	Internes (par rapport au territoire)	Externes
Régulateurs	Porteurs de projet : Professionnels de santé du projet et/ou élus locaux	État (Datar, SGAR, préfectures), Assurance Maladie, ARS, URPS, Conseil régional et général
Non régulateurs	Usagers, professionnels de santé hors-projet (hôpitaux locaux, pharmacies, autres libéraux de premiers recours)	FFMPS, Ordre des médecins, Association des pharmacies rurales Associations d'élus ou de collectivités HAS, représentants d'usagers, MSA

Tableau 6 - Les acteurs en situation de type projet (Gumuchian, 2003) : application aux maisons de santé

Leaders	Porteurs de projet : élus ou professionnels de santé
Médiateurs	<i>à découvrir</i>
Embrayeurs d'actions	<i>à découvrir</i>
Participants aux travaux préparatoires	URPS, ARS, élus, professionnels
Habitants	Habitants
Opposants ou concurrents	Professionnels libéraux vs élus, autres professionnels libéraux du territoire, hôpital local, pharmaciens, élus voisins
Instructeurs de procédures non concernés territorialement	ARS, régions, Datar, Assurance Maladie ...
Partenaires extérieurs	Bureaux d'études, consultants, MSA

La mobilisation de ces deux cadres d'analyse permet ensuite de contextualiser les acteurs les uns par rapport aux autres et de les situer aux différents échelles étudiés (Figure 11).

Figure 11 - Les acteurs ciblés selon les échelles d'analyse (Réalisation : G. Chevillard, 2013)



2.5 La méthodologie des entretiens

Les entretiens menés, individuels et semi-directifs²³, constituent le principal matériel de cette partie. Un exemple de guide d'entretien est disponible (cf. annexes). La plupart des entretiens ont eu lieu en face en face, au lieu de travail de l'acteur concerné ou au restaurant et étaient retranscrits uniquement par écrit. La durée d'entretien la plus courte était de 45 minutes et la plus longue a dépassé deux heures.

2.6 Conclusion du chapitre

L'analyse des dynamiques territoriales sous-jacentes à l'émergence des maisons de santé est menée à partir d'approches qualitatives mettant en avant les attentes et stratégies de différents acteurs vis-à-vis de ces structures.

Les chapitres suivants présentent les résultats de ces approches en distinguant les acteurs nationaux et le contexte général des terrains étudiés (Chapitre 3), puis les dynamiques territoriales régionales et infrarégionales (Chapitre 4).

²³ Le choix des entretiens semi-directifs visait à ce que les acteurs aient une certaine liberté dans leur réponse, qui pouvaient également ouvrir de nouvelles pistes non envisagées au départ.

Chapitre 3 Les dynamiques territoriales des maisons de santé dépendent de contextes différenciés

Ce chapitre présente les acteurs concernés par l'offre de soins et les maisons de santé à l'échelle nationale (3.1), puis les caractéristiques des régions étudiées (3.2) et celles plus générale de l'exercice de la médecine en milieu rural (3.3). Il est alimenté par des entretiens et de la littérature. L'objectif est de révéler les dynamiques territoriales à l'œuvre dans l'émergence des maisons de santé et les attentes des principaux acteurs rencontrés. Ce chapitre complète la partie 1 qui présentait les acteurs finançant les maisons de santé.

3.1 Les acteurs nationaux font ressortir les différents enjeux pour les acteurs locaux concernés par les maisons de santé

3.1.1 *Les acteurs concernés par les maisons de santé : discours et enjeux*

La littérature a mis en évidence les principaux acteurs concernés par l'offre de soins de premiers recours et les maisons de santé. Sont ici présentés ceux relevant de l'échelle nationale ainsi que les principaux enjeux les concernant.

3.1.1.1 *L'État*

L'État accompagne la création de maisons de santé en milieu rural via la Datar²⁴ ou l'Acsé dans les quartiers politique de la ville. En cela, il espère qu'elles améliorent le maillage de l'offre de soins et l'accessibilité aux soins. Cette politique d'accompagnement des maisons de santé s'est progressivement structurée à partir de l'encouragement à l'exercice regroupé.

Au départ l'exercice regroupé est vu comme un moyen de **lutter contre l'isolement des professionnels de santé** (Berland, 2002 ; Descours, 2003), puis comme support de possibles avancées concernant l'organisation ou la qualité des soins et la maîtrise des dépenses de santé (IGAS, 2004).

L'exercice regroupé **rendrait le cadre d'exercice attractif, répondant aux aspirations des jeunes médecins** et améliorerait ainsi la répartition des professionnels de santé et l'accessibilité aux soins (Berland, 2005 ; Bertrand, 2006 ; CIADT, 2011 ; Datar, 2010 ; Hubert, 2010).

On prête ensuite à l'exercice regroupé pluriprofessionnel la capacité de **structurer et d'organiser** l'offre de soins de premier recours, dans une nouvelle politique de soins primaires (Bernier, 2008 ; CAS, 2011 ; EGOS, 2008 ; Juilhard *et al.*, 2010 ; Loi HPST, 2009).

²⁴ La Datar, le SGCIV et l'Acsé sont désormais fusionnés au sein du Commissariat Général à l'Égalité des Territoires (CGET)

L'exercice regroupé pluriprofessionnel est aussi vu comme un moyen possible **d'améliorer l'efficacité des soins** de premier recours (CAS, 2011 ; CIADT, 2011 ; Cour des comptes, 2011 ; Hubert, 2011 ; Juilhard, 2007). Ceci à travers les coopérations entre professionnels, le décroisement des relations ville/hôpital et la coordination qui permet d'apporter une meilleure réponse en termes de parcours, de continuité et de qualité des soins. La Haute Autorité de Santé²⁵ (HAS) suppose aussi que ces structures entraînent une amélioration de la qualité des soins tout en permettant une maîtrise des coûts.

Lors du déploiement des maisons de santé, les pouvoirs publics veulent éviter une dispersion des moyens et préconisent qu'elles soient « *dans des territoires dont la démographie médicale nécessite d'être confortée et non dans les zones totalement dépourvues de médecins, les chances de réussite des projets étant dans ce dernier cas très compromises* » (DIACT, 2010 ; Hubert, 2011). Ainsi, une commune qui vient de perdre son ou ses médecins n'est pas considérée comme pertinente. La volonté de rationaliser les efforts dans des zones non « désertes », si elle se comprend, peut néanmoins accélérer la désertification de petites communes rurales.

3.1.1.2 L'Assurance Maladie

Deux temps structurent le soutien de l'Assurance Maladie : un premier vers l'exercice en groupe, puis un second vers celui pluriprofessionnel. L'Assurance Maladie suppose que les maisons de santé, au travers de l'exercice pluriprofessionnel, sont facteurs d'une meilleure efficacité et qualité des soins, en servant de base à de nouvelles pratiques. Elle finance ainsi des dépenses d'ingénierie et de fonctionnement (via le FIR ou les ENMR) sous réserve que les structures répondent au cahier des charges de 2007.

L'Assurance Maladie attend aussi des MSP une **amélioration de la qualité des soins**, via une amélioration des pratiques liée au regroupement, à la coordination entre professionnels et via le temps libéré investi dans la formation (HCAAM, 2007). Ensuite, elle prête à l'exercice regroupé une **amélioration de l'efficacité** des soins en recentrant les professionnels sur leur « cœur de métier » (HCAAM, 2007). Elle entend aussi maîtriser certaines dépenses de santé : par exemple, on impute l'engorgement des urgences, très coûteux, à un déficit du premier recours (Askenazy *et al.*, 2013).

L'Assurance Maladie voit aussi dans l'exercice regroupé une amélioration possible de **l'attractivité de l'exercice**, via de meilleures conditions de travail et de vie (CNAMTS, 2007 ; HCAAM, 2007). Ceci est vu comme un moyen d'améliorer **l'accessibilité aux soins de premiers recours** (FIQCS, 2008, 2009, 2010) en maintenant et attirant des médecins généralistes libéraux dans les zones déficitaires (CNAMTS, 2005).

L'exercice regroupé pluriprofessionnel et la coordination sont vus comme des moyens de structurer une nouvelle politique de soins de premier recours. Néanmoins, le paiement à l'acte demeure une barrière à cet exercice coordonné et favorise une pratique individuelle de la médecine (Askenazy *et al.*, 2013 ; Génisson et Million, 2014 ; Mousquès, 2011). Les expérimentations des nouveaux modes

²⁵ La HAS est une autorité publique indépendante à caractère scientifique

de rémunération ont pour objectif, notamment, de baisser ces barrières. Ces expérimentations ont par ailleurs été généralisées en 2015 par la ministre de la santé pour toutes les structures ayant un projet de santé validé par les ARS.

3.1.1.3 Les professionnels de santé et leurs représentants

Les professionnels de santé, les médecins généralistes en particulier, sont directement concernés par l'exercice en maison de santé. D'autres professions (infirmiers, pharmaciens) sont aussi directement ou indirectement concernées par l'activité d'une maison de santé.

3.1.1.3.1 Les médecins généralistes

De manière générale, les représentants des médecins sont hostiles à toute restriction de la liberté d'installation, souvent avancée comme une possibilité pour remédier au déficit en professionnels de santé dans certains territoires (Maurey, 2013). Si les maisons de santé sont plutôt bien accueillies, elles constituent tout de même un changement significatif dans l'exercice de la médecine libérale.

Un mode d'exercice nouveau pour les médecins

Les MSP améliorent le cadre de travail des généralistes, mais ceci peut se faire « *au prix [...] d'un certain nombre de contraintes supplémentaires : réunions régulières, coordination des soins au sein de la MSP et avec les acteurs de l'environnement, protocoles de prise en charge partagés, rapports annuels, prise de risques financiers particuliers, démarche d'évaluation des tutelles* » (Delanoé, 2011).

Par ailleurs, exercer dans une maison de santé est une nouveauté qu'il ne faut pas sous-estimer. Delanoé (2011) le souligne : « *l'installation en groupe et la pratique pluriprofessionnelle représentent une véritable révolution culturelle pour de nombreux acteurs de santé libéraux. Ils ont pour la plupart fait le choix d'un exercice isolé au moment de leur installation : ils ont investi dans leur outil de travail (mobilier et immobilier) et ne sont pas toujours en demande d'un changement dans leur mode d'exercice* ». A ces difficultés, s'ajoutent parfois « *une attitude méfiante des médecins vis-à-vis des pouvoirs publics et, en particulier, de l'Assurance Maladie* ». Ces éléments peuvent ainsi entraîner des difficultés ou des résistances dans la mise en place de maisons de santé.

Les syndicats de médecins généralistes

Des représentants des deux principaux syndicats de médecins généralistes ont été rencontrés. Le syndicat MG France et la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF) qui possède une branche spécifique pour la médecine générale : l'Unof-CSMF.

- *MG France*

Selon MG-France, les problèmes d'offre de soins ne sont pas dus aux effectifs, mais notamment à l'organisation du système de soins. L'organisation entre acteurs de soins primaires pourrait être revue, pour faire mieux avec moins²⁶.

Au sujet des mesures mises en place pour améliorer la répartition des médecins, MG-France les accueille favorablement et rappelle que ces initiatives (le pacte territoire santé) vont dans le sens de celles soutenues historiquement par le syndicat (MG France, 2012).

Concernant les maisons de santé, le syndicat considère qu'elles sont davantage adaptées à la formation des étudiants de médecine, qui prépare insuffisamment à l'exercice individuel, et qu'elles répondent aux aspirations des jeunes médecins tout en améliorant la continuité des soins. De plus, les MSP répondent à un enjeu épidémiologique majeur : celui de l'évolution des profils de maladies vers l'accentuation des maladies chroniques. Le métier de généraliste doit ainsi changer et se faire désormais en équipes de soins primaires.

- *L'Unof-CSMF*

Selon le syndicat, le *numerus clausus* n'est pas vu comme le seul responsable de « déserts médicaux » : la situation étant, en partie, héritée d'une période de pléthore²⁷.

Les mesures proposées pour faire face aux problèmes de démographie médicale vont dans le bon sens. Néanmoins, le syndicat déplore que ces mesures soient incomplètes et estime qu'elles devraient en plus revaloriser de manière majeure la médecine libérale (CSMF 2012, 2013). Cette revalorisation reposerait notamment sur l'amélioration des conditions d'exercice, qui passe par « *le regroupement, les modes d'exercice en réseau, en groupe pluriprofessionnel, ou dans les structures hospitalières privées et publiques* » et aussi sur une amélioration de la permanence des soins, des rémunérations ou encore la création de profils de carrière.

Si le syndicat apparaissait relativement hostile, en tout cas dans son discours, vis-à-vis des maisons de santé, préférant le concept de « pôles de santé », il considère en fait que le projet doit dépendre du territoire et de ses besoins (population et professionnels). Il est néanmoins intéressant de rappeler que ce syndicat avait manifesté son hostilité face aux premiers cabinets de groupe dans les années 70, dont celui de Saint-Nazaire et avait obtenu sa fermeture lors d'une manifestation géante (Durand, 2010). Pour le syndicat, la nouveauté de ces structures réside davantage dans des protocoles de prises en charge coordonnées et dans le passage du soin à la santé, que dans le regroupement de professionnels.

²⁶ par exemple s'il s'agit de faire des renouvellements d'ordonnance tous les 15 jours, alors il n'y a pas assez de médecins

²⁷ Certains endroits qui n'étaient pas dotés de médecins auparavant reviennent à leur état initial

L'Ordre des médecins

L'Ordre des médecins est composé d'un conseil national (CNOM), puis d'antennes régionales et départementales. Il crée la surprise en 2012 en proposant qu'un jeune médecin soit contraint de s'installer cinq ans dans sa région de formation. Saluée par de nombreuses associations d'élus (Localtis, 2012), cette proposition a finalement été retirée rapidement. L'Ordre réalise depuis 2007 des atlas nationaux et régionaux de la démographie médicale actualisés tous les ans et affinés au niveau des indicateurs et zonages, constituant une information précieuse et longitudinale.

L'Ordre avait déjà émis quelques propositions au sujet de la démographie médicale (Langlois, 2001 ; Legmann, 2010). Il voit dans le regroupement « *une réponse possible aux difficultés nouvelles de l'exercice professionnel et aux impératifs d'une meilleure qualité de vie. Le travail du médecin isolé est de plus en plus difficile, dans la journée comme pendant la garde* ».

Les maisons de santé et leur organisation amènent l'Ordre à être vigilant sur plusieurs points ayant trait au code de **déontologie médicale** : le compérage (article 23), les rapports avec les professionnels de santé, l'indépendance professionnelle et le libre choix des patients (article 64). Il relève ainsi que « *la coexistence de différents professionnels de santé, voire de travailleurs sociaux, au sein d'une même structure a conduit [...] à réfléchir à la compatibilité de ce type de structure avec les règles édictées dans le code de déontologie médicale* », (CNOM, 2008, 2012). Ainsi, l'association de médecins avec des activités commerciales (pharmaciens) ou des professions dont les contours sont mal définis (ostéopathes) n'est pas admise au sein d'une maison de santé.

L'Ordre n'a pas forcément soutenu initialement l'exercice en maison de santé, eu égard notamment au premier cahier des charges porté par l'assurance maladie, qui apparaissait trop contraignant pour les professionnels.

La fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS)

La FFMPS est une association qui a pour but de représenter les maisons et pôles de santé, d'apporter un soutien à leur développement et aux professionnels concernés (information, accompagnement, formation) et de constituer une force de proposition auprès des pouvoirs publics. Elle est composée de fédérations régionales. La FFMPS organise depuis peu un colloque annuel intitulé « Les journées de la FFMPS »²⁸. Selon la FFMPS, les maisons et pôles de santé peuvent permettre « *d'améliorer la répartition territoriale des professionnels et fixer des pôles de santé pérennes, d'engager des démarches qualités et d'évaluation des pratiques pluridisciplinaires, de réorienter l'offre de soins vers une prise en compte de la santé, de rompre l'isolement professionnel et lutter contre le "burn out"* ».

3.1.1.3.2 Les infirmiers

La fédération nationale des infirmiers (FNI) est globalement assez critique vis-à-vis des maisons de santé, tant sur leur fonctionnement, que sur certaines situations à risques.

²⁸ il a eu lieu à Paris en 2012, Toulouse en 2013, Tours en 2014 et La Rochelle en 2015

Elle s'est insurgée lors d'un projet de financement de maison de santé par un laboratoire pharmaceutique, dénonçant les risques de cette privatisation de l'offre de soins (conflits d'intérêts notamment). Par ailleurs, elle s'interroge sur le bien fondé de financer la médecine libérale avec de l'argent public, constat partagé par d'autres acteurs.

La FNI et les URPS infirmiers sont attentifs au fonctionnement interne des maisons de santé, en particulier pour que les infirmiers libéraux gardent une part d'indépendance dans leur exercice. En effet, les infirmiers ont un intérêt moindre à travailler en maisons de santé puisqu'ils effectuent la grande majorité de leur activité à l'extérieur (visites à domicile) et que les charges horaires associées à ce mode d'exercice sont beaucoup plus élevées pour eux. Une autre crainte avancée est que ce modèle d'exercice fasse perdre l'indépendance de leur statut et qu'ils se retrouvent davantage sous la tutelle des médecins.

3.1.1.3.3 Les pharmaciens

Les représentants des pharmaciens sont très attentifs aux effets possibles des maisons de santé. Ils redoutent que leurs implantations déséquilibrent le maillage officinal et sont davantage favorables aux maisons de santé multisites qui le respectent davantage (cf. partie 4).

En 2005, l'association de pharmacie rurale (APR) alertait les pouvoirs publics des risques possibles de la désertification médicale sur les pharmacies rurales (Bontron, 2012). De plus pour cette dernière, les « *maisons médicales sont présentées comme une solution, mais se révèlent être, en fait, un remède pire que le mal. Leur multiplication entraîne le regroupement des praticiens et la disparition de cabinets isolés. De ce fait un nombre encore plus important d'officines rurales risquent de se retrouver orphelines de tout prescripteur et donc de disparaître* » (Bontron, in GREP, 2012). Ceci concernerait 20 % des officines de proximité dans les 5 années à venir.

3.1.1.4 Les associations d'élus

Les élus locaux (communes, intercommunalités, pays) ont un rôle, notamment dans la maîtrise d'œuvre du projet immobilier de MSP. L'importance de leur bonne entente avec les professionnels pour l'aboutissement d'un projet est désormais une évidence (Autès, 2009 ; De Haas, 2010 ; Depinoy, 2011). Les exemples ne manquent pas de maisons de santé vides, montées à la hâte par certains élus (Blondin, 2012 ; Juilhard, 2010 ; Annexes). Pour les élus, les MSP améliorent l'attractivité de leur territoire, permettent sa revitalisation, le maintien de l'offre de soins pour répondre aux besoins de la population, mais permettent aussi de garder une indépendance sanitaire (CRDT, 2011 ; ORSAS, 2009).

Des enjeux électoraux sous-jacents peuvent aussi exister. Ainsi, une maison de santé « *se situe au centre d'un jeu complexe d'acteurs, qui ont des intérêts et des motivations en tension, sinon en contradiction* » (Delanoé, 2011).

Les Conseils Généraux ou Régionaux, peuvent mettre en place des aides financières pour les maisons de santé dans un souci de cohésion sociale et territoriale. En 2011, les collectivités locales portaient le plus de projets connus (De Haas, 2010).

L'association des maires ruraux de France (AMRF) fédère et représente les maires des communes de moins de 3 500 habitants. Elle a été créée suite à la proposition de Loi Marcelin en 1965 qui proposait de supprimer la commune. Elle défend fermement l'importance de cet échelon synonyme de proximité et de démocratie. Concernant les services elle milite pour permettre de bonnes conditions d'accès à l'ensemble des services pour les habitants du rural et en particulier pour les services publics de base (éducation, santé et justice). Au sujet de l'accès aux soins elle préconise : *« une présence de proximité et un recours aux maisons de santé ; la création de cabinets secondaires ; une intervention dans la formation des jeunes médecins pour changer l'image de la ruralité ; un numerus clausus départemental ou un non remboursement des actes pour les départements surdotés ; développer l'usage des NTIC qui n'a de sens qu'avec le très haut débit ; poursuivre la réflexion sur la liberté d'installation ; plaider pour un rééquilibrage urbain/rural »* (Bontron et al., 2012). Elle déplore principalement la liberté d'installation des médecins qui reste, selon elle, à l'origine des difficultés d'accès aux soins des populations des espaces ruraux.

D'autres associations d'élus comme la fédération française des moyennes et petites villes (FFMPV), l'association des maires de France, sont aussi très concernées par les questions de démographie médicale et ont élaboré des livres blancs, des guides ou ont encore organisé des colloques sur le sujet.

3.1.1.5 Les mutuelles, l'exemple de la mutuelle sociale agricole

Des mutuelles s'investissent également dans le champ de la démographie médicale, comme la mutuelle sociale agricole (MSA). Partenaire de longue date de projets en milieu rural, elle a lancé plusieurs projets concernant l'offre de soins. Des actions étaient déjà menées dans les années 90 en faveur du regroupement des médecins avec par exemple le projet « Lubersac Santé », ou celui d'Arbois dans le Jura. En 2004, elle lance un appel à projet pour 9 maisons de santé rurales. Les projets sélectionnés, en zone rurale vieillissante ou en zone rurale périurbaine, ont bénéficié de l'expertise de la MSA pour l'accompagnement (juridique, architectural, projet de soins) via les binômes référents des équipes locales.

La MSA attend de ces structures deux choses : améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé et offrir aux habitants un lieu unique avec une offre de soins diversifiée. En 2005, elle lance une expérimentation des « pays de santé », dans laquelle une part des financements alloués sert à mettre en place des projets de maisons ou pôle de santé. Cette expérimentation repose sur la mise en place d'un « conseiller pays de santé », dont le rôle est de faire le lien entre les professionnels et de faciliter les tâches des généralistes. Une de ces expérimentations a été un succès et a été pérennisée via un contrat local de santé (CLS) avec l'ARS concernée.

3.1.1.6 Les associations d'usagers

L'UFC Que choisir a réalisé une étude sur la « fracture sanitaire »²⁹ ainsi qu'une cartographie des déserts médicaux prenant en compte la distance, les honoraires et la densité de médecins. Elle renseigne à la commune la spécialité médicale (généraliste, pédiatre, gynécologue, ophtalmologue) et son accessibilité financière.

Le collectif interassociatif sur la santé (CISS), est sensible à la représentation des usagers au sein des maisons de santé. Une expérience intégrant les patients de la structure dans sa gouvernance est en projet dans la maison de santé universitaire de Suresnes. La démocratie sanitaire a fait l'objet d'une étude dans une MSP à Besançon révélant le rôle facilitateur des patients, la difficulté d'avoir des patients représentatifs et, parfois, la crainte des professionnels de ne pouvoir répondre aux attentes des patients (Buffay, 2012).

L'association Big-Bang (Blondin, 2012) tente également de sensibiliser sur les inquiétudes des populations rurales vis-à-vis de l'offre de soins.

Un rapport sur l'accès aux soins des plus démunis (Archimbaud, 2013) souhaite que les maisons de santé participent à la réduction des inégalités sociales de santé. Pour ce faire, il propose notamment, de refondre le cahier des charges national des MSP, « *pour que le socle minimal obligatoire comporte des dispositions précises sur l'accueil et la prise en charge des personnes en situation de précarité* ».

3.1.1.7 Récapitulatif: les enjeux des acteurs nationaux concernés par les maisons de santé

Au cours de ce chapitre, différents acteurs concernés par l'offre de soins de premier recours et les maisons de santé ont été présentés, avec des enjeux convergents et parfois divergents (Tableau 7). Ces éléments ont été recueillis suite aux entretiens, à des lectures de communiqués ou d'articles.

Pour autant, les maisons de santé semblent répondre aux attentes de plusieurs acteurs. L'Assurance Maladie y voit un moyen d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins pour le patient, notamment au travers de la coordination entre professionnels. L'État et les collectivités locales y voient, de leur côté, un moyen de maintenir une offre de soins dans les territoires fragiles. Enfin, les jeunes généralistes y voient un outil d'exercice correspondant à leurs attentes.

Néanmoins, ces structures suscitent quelques inquiétudes, mais davantage entre professionnels de santé. Ainsi, les pharmaciens craignent qu'elles bouleversent le maillage officinal en concentrant l'offre de soins. Les infirmiers ne souhaitent pas forcément exercer dans ce type de structure sachant qu'ils réalisent surtout des visites à domicile et craignent aussi une perte d'indépendance. Des professionnels de santé en dehors de la structure, quels qu'ils soient, risquent également d'être lésés. Ainsi, si au niveau national et régional les représentants des professionnels alertent sur de possibles risques, ces tensions seront principalement visibles au niveau local.

²⁹ <http://www.quechoisir.org/sante-bien-etre/systeme-de-sante/professionnel-de-sante/test-de-services-acces-aux-soins-la-carte-de-la-fracture-sanitaire>

Tableau 7 - Les acteurs nationaux : récapitulatif des attentes et craintes vis à vis des MSP

Acteurs	Attentes	Craintes
État	Maillage, aménagement du territoire	Coquilles vides, saupoudrage
Assurance Maladie	Amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins via la coordination	
Médecins	Meilleur cadre d'exercice	Entente/concurrence avec autres professionnels, management, coût
Ordre des médecins	Meilleur cadre d'exercice	Compérage, liberté de choix du professionnel, viabilité financière
FFMPS	Promotion de l'exercice pluriprofessionnel	viabilité financière
Infirmiers		Tutelle des médecins, coût
Pharmaciens	Maintien d'une offre de soins et d'une clientèle	Déstabilisation du maillage officinal
Elus	Maintien d'une offre de soins	Ne pas avoir de maisons de santé ;
MSA	Maintien d'une offre de soins en zone rurale	
Usagers	Prise en compte de leurs besoins	
Réalisation : G. Chevillard, 2014		

3.2 Les caractéristiques spatiales des régions et terrains étudiés

Les principales caractéristiques de Midi-Pyrénées et de la Lorraine (économie, peuplement, démographie médicale) sont présentées dans un premier temps, puis celles des terrains d'étude.

3.2.1.1 Présentation de Midi-Pyrénées et de la Lorraine

3.2.1.1.1 Midi-Pyrénées

La région Midi-Pyrénées est la plus vaste de France. En 2011, elle compte 2,9 millions d'habitants. Elle a une croissance démographique plus élevée que la moyenne nationale, largement soutenue par l'aire urbaine de Toulouse qui accueille 43 % de la population et qui connaît la plus forte croissance par rapport aux autres grandes aires urbaines depuis 1999 (Mirouse *et al.*, 2013), ceci s'explique notamment par la forte attractivité économique de la région (Pauvers, 2013).

Les poids démographique et économique écrasant de la métropole toulousaine et de la Haute-Garonne sont à l'origine d'une structure régionale « monocéphale », voir « macrocéphale », tant les autres pôles régionaux sont réduits. Néanmoins, des études récentes soulignent que la croissance toulousaine bénéficie à d'autres villes moyennes, en particulier Montauban et Saint-Gaudens, puis

dans une moindre mesure Albi, Foix-Pamiers et Figeac (Mirouse *et al.*, 2013). A l'opposé l'Aveyron et le Gers ont une croissance démographique très faible. La région garde un caractère rural fort, avec des espaces faiblement peuplés, en particulier dans le Lot, le Gers et l'Aveyron (Bourniquel et Guillaume, 2012).

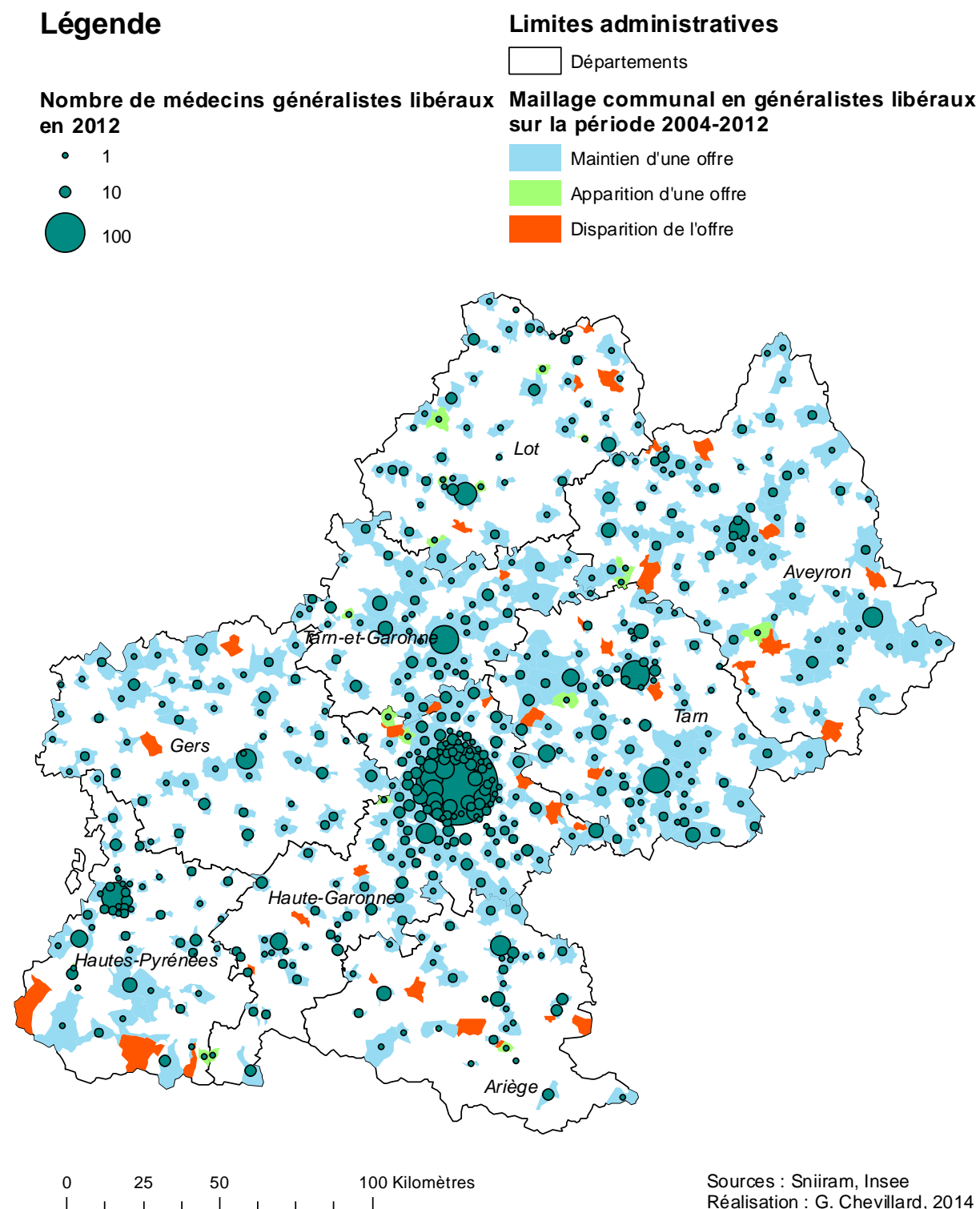
La répartition de l'offre de soins suit la structure spatiale régionale.

La grande majorité des médecins et établissements de santé sont situés en Haute-Garonne et dans l'agglomération Toulousaine. Ce constat est également partagé pour les médecins généralistes libéraux (*cf.* annexes).

La situation globale de l'offre de soins est plutôt favorable comparativement à la moyenne nationale et aux autres régions, toutefois elle masque des difficultés à venir et des disparités infra régionales. La région a plus de 30 % de médecins généralistes de plus de 60 ans (CNOM, 2014c), laissant présager de nombreux départs à la retraite dans les cinq prochaines années. Par ailleurs, les projections régionales de la DREES pour 2030 prévoient une inversion de la tendance en Midi-Pyrénées pouvant devenir sous-dotée (Bessièrès *et al.*, 2004). Les effectifs de médecins généralistes libéraux ont diminué de 5,3 % depuis 2004 selon les données du Sniiram, alors qu'ils ont diminué de 4,9 % en France métropolitaine dans le même temps, et que la région a gagné de nombreux habitants.

Les médecins sont inégalement répartis dans la région, fortement concentrés dans les villes et en particulier dans l'agglomération toulousaine. Les espaces ruraux périphériques, apparaissent moins dotés, avec pour certains des difficultés spécifiques (enclavement, vieillissement de la population...) comme dans le piémont pyrénéen, le Lot, le Gers ou l'Aveyron. Par ailleurs, le maillage de l'offre de médecins généralistes entre 2004 et 2012, s'il n'est pas bouleversé, montre néanmoins des zones de recul, en particulier dans celles sus-évoquées (Carte 22). Sur les 595 communes équipées de médecins généralistes sur la période 2004/2012, 38 ont perdu leur offre, soit 6,4 % des communes et 1 % de la population. En revanche, 21 communes ont une offre de médecin généraliste qui est apparue (3,5 % des communes et 0,5 % de la population).

Carte 22 - Répartition des généralistes libéraux et évolution de leur maillage communal entre 2004-2012 en Midi-Pyrénées



3.2.1.1.2 La Lorraine

Entourée par l'Alsace à l'Est, la Belgique et le Luxembourg au Nord, la Champagne-Ardenne à l'Ouest et la Franche-Comté au Sud, la Lorraine comptait 2 351 000 habitants en 2011. Longtemps en déclin démographique, elle connaît depuis les années 1990 une amélioration de sa situation due au solde naturel, malgré un déficit migratoire persistant (Béziau, 2014). Cette croissance bénéficie aux aires urbaines et en particulier à leurs couronnes.

La région est marquée par une structure spatiale particulière : « le sillon lorrain ». Cet axe urbanisé reliant Nancy, Metz et Thionville concentre l'essentiel de la population, mais aussi des médecins. En périphérie, deux départements sont très réduits d'un point de vue démographique : la Meuse (190 000 habitants) et les Vosges.

L'importance des échanges avec la Belgique et surtout le Luxembourg (« navetteurs »), tourne davantage la région vers le nord et est à l'origine d'une dynamique démographique plus vive le long de la frontière.

La région est aussi caractérisée par le poids de l'industrie dans l'emploi autour des anciens bassins miniers (Moselle), puis de l'aciérie en difficulté aujourd'hui, notamment illustrée par la fermeture du site de Florange (Kauffmann, 2013). L'emploi est aussi marqué par l'importance du secteur public, notamment l'armée et la fragilité des territoires en dépendant. La ville de Dieuze, par exemple, a souffert du départ du 13ème Régiment de Dragons Parachutistes, qui a entraîné la baisse d'un quart de la population active occupée et la réduction de l'économie résidentielle locale (Kubiak et Serre, 2009).

La répartition spatiale de l'offre de soins suit celle de la population, la majorité des médecins se situant dans le « sillon lorrain ». Les départements connaissent des dynamiques différentes : on observe une stabilité des effectifs de médecins dans le « sillon lorrain », un déclin dans la Moselle, ainsi que dans les Vosges, alors que la Meuse a enrayé le déclin de ses effectifs. Les prévisions à l'échelle régionale pour 2018 voient la situation s'aggraver dans tous les départements sauf la Meuse (CNOM, 2014b).

Selon les données du Sniiram, les effectifs de médecins généralistes libéraux ont diminué de 2 121 en 2004, à 2 017 en 2012, soit une baisse de 4,9 % des effectifs, similaire à celle de la France métropolitaine. Le maillage communal en médecins généralistes libéraux se réduit davantage dans le sud de la Meuse, dans les Vosges et dans une moindre mesure en périphérie du sillon lorrain (Carte 23). Dans l'ensemble, 36 communes ont perdu leur offre de médecins généralistes libéraux, sur les 500 qui étaient dotés entre 2004 et 2012, soit 7,2 % des communes et 1,6 % de la population. Dans le même temps, 11 communes ont une offre qui est apparue (2,2 % soit 0,5 de la population).




Carte 23 - Répartition des généralistes libéraux et évolution de leur maillage communal en Lorraine

Légende

Limites administratives

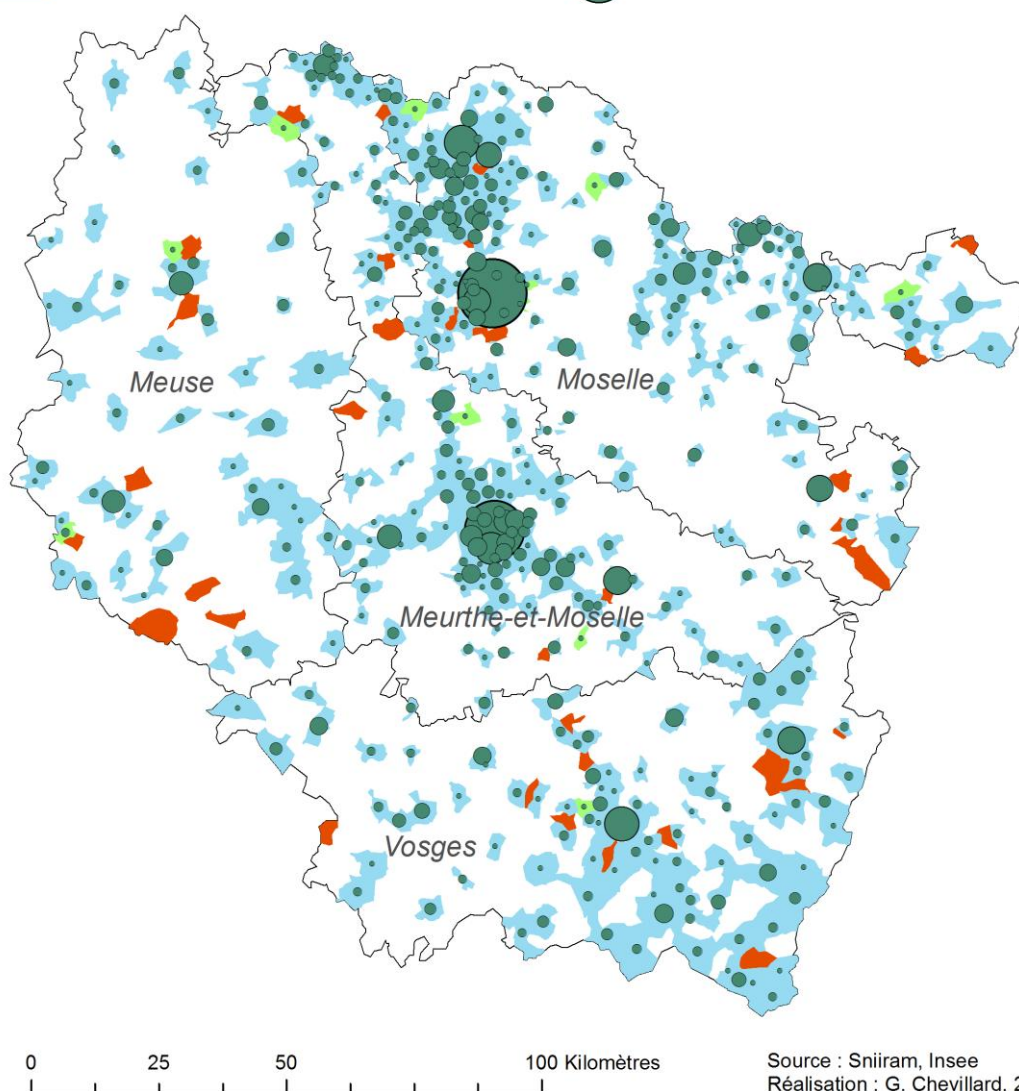
 Départements

Maillage communal en généralistes libéraux sur la période 2004-2012

 Maintien d'une offre
 Apparition d'une offre
 Disparition de l'offre

Nombre de médecins généralistes libéraux en 2012

 1
 10
 100



Source : Sniiram, Insee
 Réalisation : G. Chevillard, 2014

3.2.1.2 Les terrains d'étude sont principalement des bourgs ruraux

En Midi-Pyrénées les terrains ont été menés à Aspet, Carbone, Vic-Fezensac et Graulhet.

Aspet, village de 950 habitants (Figure 12), est situé en Haute-Garonne, au pied des Pyrénées et du Cagire (1 912 m). La ville la plus proche est Saint Gaudens à 22 minutes en voiture et elle dispose d'un hôpital. Selon nos typologies spatiales (cf. partie 2), Aspet se trouve dans un bassin de vie de type touristique et dans une commune éloignée, peu équipée.

Figure 12 - Vue d'Aspet



Photographie : G. Chevillard, 2014

Carbone, bastide édiée en 1256, est située à 35 minutes de route de Toulouse, en direction des Pyrénées et compte 5 000 habitants. Elle est traversée par la Garonne et se situe au pied des Côteaux, au cœur du Volvestre. La ville est également située à proximité d'un échangeur de l'autoroute A 64. Il s'agit d'un territoire qui connaît une forte croissance démographique. Carbone appartient à un bassin de vie de type périurbain et à la classe des communes pôles de services intermédiaires.

Graulhet est une ville de 12 000 habitants située dans le département du Tarn au centre d'un triangle Toulouse-Albi-Castres. Elle bénéficie, en outre, d'une relative proximité avec Toulouse (1 heure en voiture). Cette ville a un passé industriel important autour de la mégisserie, mais l'industrie locale a

depuis été grandement fragilisée, plongeant la ville dans une situation économique défavorable. La ville a longtemps connu une perte de population, mais connaît un regain depuis très peu. Graulhet est dans un bassin de vie à dominante industrielle et dans la classe des communes pôles de services intermédiaires.

Vic-Fezensac est située au centre du département du Gers, à 30 minutes d'Auch et 1h30 de Toulouse. Il s'agit d'un bourg rural, de 3 700 habitants au cœur d'une intercommunalité de 9 000 habitants, dont les principales activités sont orientées vers l'artisanat et l'agriculture. Vic-Fezensac est dans un bassin de vie du « rural profond » et dans la classe des pôles de services intermédiaires.

Figure 13 - Vue de Vic-Fezensac



Photographie : G. Chevillard, 2014

En Lorraine les terrains ont été menés à Damvillers, Stenay, Vicherey et Metzervisse.

Damvillers (670 habitants), situé au nord de la Meuse, est le chef-lieu d'un canton de 2 800 habitants et de 20 villages. La commune est relativement isolée et se situe à 25 km des plus grandes villes (Verdun, Montmedy, Stenay). Il s'agit d'un bourg important avec des services qui rayonnent, notamment équipé d'un collège. Damvillers appartient à un bassin de vie rural défavorisé et à la classe des communes pôles de proximité éloignés.

Stenay est située dans le nord-ouest de la Meuse et compte 2 700 habitants dans un canton de 3 100 habitants dont elle est le chef-lieu (Figure 14). Les villes et hôpitaux les plus proches sont Sedan et Verdun. Stenay se trouve dans à un bassin de vie rural défavorisé et dans la classe des pôles de services intermédiaires.

Figure 14 - Vue de Stenay



Photographie : G. Chevillard, 2014

Vicherey est une commune de 159 habitants située dans les départements des Vosges (Figure 15). Elle appartient à la communauté de communes du pays de Colombey et du Sud Toullois, qui est dans le département voisin de la Meurthe et Moselle et compte 11 500 habitants répartis dans 29 communes. Vicherey est dans un bassin de vie industriel et agricole et appartient à la classe des communes peu équipées.

Figure 15 - Vue de Vicherey



Photographie : G. Chevillard, 2014

Metzervisse, commune périurbaine à l'est de Thionville, compte 1 888 habitants. Elle connaît une croissance démographique notable. Metzervisse est située dans un bassin de vie de type périurbain et dans la classe des communes de type pôle intermédiaire.

3.3 L'exercice de la médecine générale en milieu rural fait apparaître le besoin de maisons de santé mais aussi des barrières à leur déploiement

L'exercice en milieu rural est moins attractifs pour les jeunes médecins généralistes que celui en ville (cf. partie 1). Dans ce contexte particulier (3.3.1) les maisons de santé sont vues par les acteurs locaux comme un moyen de pérenniser l'offre de soins (3.3.2), même si des obstacles demeurent à leur déploiement et plus généralement à l'exercice en milieu rural. Les porteurs de projet ont souvent les mêmes objectifs et les projets se décomposent selon des grandes étapes similaires.

3.3.1 *L'exercice en milieu rural demeure peu attractif*

La partie 1 traitait notamment des difficultés rencontrées par les médecins en milieu rural, elles sont ici complétées par des éléments issus d'entretiens (Encadré 5).

Un constat saillant cible la permanence des soins : pour de nombreux médecins il s'agit du principal frein à l'installation en milieu rural, quand dans le même temps les médecins exerçant en ville n'y sont pas contraints du fait d'autres dispositifs (*i.e* SOS médecins). Ce manque d'attractivité rejaillit, par exemple, sur la capacité à trouver des remplaçants et des successeurs.

Par ailleurs, si des médecins accueillent volontiers de nouveaux collègues, certains y voient des concurrents et un possible « manque à gagner ». Cependant, les médecins rencontrés exerçant en cabinet individuel s'organisent avec leurs collègues pour la permanence des soins ou le suivi de certains patients et ne voient pas forcément l'intérêt d'exercer sous le même toit.

Encadré 5- Extraits d'entretiens avec des médecins généralistes

« Le problème de la médecine rurale sera résolue quand on aura résolu le problème des gardes » ;

« j'ai passé 200 coups de fils pour trouver un remplaçant ! » ;

« je reste parce que personne ne prend la suite » ;

« j'ai eu un accueil mitigé... un autre médecin ne voyait pas l'intérêt que je m'installe » ;

3.3.2 *Les maisons de santé pour attirer de nouveaux médecins*

Dans plusieurs territoires, une alerte apparaît lors de départs à la retraite de médecins généralistes ou de départs annoncés. Elle est donnée par les professionnels ou les élus. On craint alors une pénurie de médecins à court ou moyen terme sur le territoire. Les maisons de santé sont alors la

solution envisagée par les acteurs locaux pour empêcher cela. Il est possible que des acteurs extérieurs au territoire s'impliquent (ARS, départements), ce qui n'est parfois pas compris³⁰.

Les objectifs affichés par les porteurs de projets de MSP

La maison de santé est ainsi vue comme un moyen pour attirer des médecins et aussi les maintenir sur le territoire, car répondant aux aspirations des jeunes médecins (travail en groupe, partage des charges et du travail).

L'élaboration d'un projet de santé permet une réflexion nouvelle sur la prise en charge des populations. Le projet peut très bien venir conforter des actions préexistantes ou alors en créer des nouvelles (cf. partie 4).

Il est possible que l'étroitesse des locaux ou la nécessité de les mettre aux normes d'accessibilité³¹ servent de motivation pour construire un nouveau bâtiment. Néanmoins, cela apparaît en général secondaire comparativement aux inquiétudes sur l'offre de soins de premiers recours.

3.3.3 Plusieurs étapes marquent l'élaboration d'une maison de santé

Après la phase d'alerte, vient celle de la réflexion, puis celle de l'élaboration du projet, de la construction immobilière et enfin son ouverture. Ces différentes phases révèlent les éléments facilitateurs et les blocages cristallisant les dynamiques territoriales relatives aux maisons de santé (cf. 4.5.2).

3.3.3.1 La réflexion

La phase de réflexion peut être relativement longue (parfois plus de trois ans). Au cours de celle-ci les initiateurs du projet, en général les médecins, sollicitent d'autres acteurs (élus locaux, autres professionnels de santé, tutelles...) sur les solutions possibles à mettre en place. Des acteurs extérieurs peuvent intervenir pour l'accompagnement (CDOM, Urcam, URPS, MSA, ARS ...). Cette phase marque en général l'affirmation d'un leader du projet, qui bien souvent fédère les autres acteurs.

Lors de la réflexion, les porteurs de projet réalisent des études de faisabilité, recherchent des financements potentiels et vérifient les conditions d'éligibilité. Ils sollicitent alors les délégations territoriales des ARS, les équipes territoriales de la fédération des maisons de santé, les élus ou les représentants des professionnels de santé.

³⁰ Voir plus loin l'exemple des systèmes d'acteurs

³¹ LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Les porteurs de projet rencontrés sont principalement des médecins généralistes (trois hommes et deux femmes, ayant en général plus de cinquante ans), sauf dans deux terrains où des élus ou un autre professionnel de santé porte le projet. Les deux terrains contrefactuels, dont les porteurs de projet ne sont pas des professionnels, n'ont pas encore validé leurs projets.

3.3.3.2 L'élaboration du projet et la demande de financements

En principe, l'élaboration d'une maison de santé *ex-nihilo* nécessite la définition d'un **projet de santé**, d'un **projet professionnel** et d'un **projet immobilier**. Le projet immobilier doit a priori être réalisé après les deux autres pour de plus grandes conditions de réussite (De Haas, 2010).

Le **projet professionnel** est relatif au fonctionnement et à l'entretien de la structure. Il est spécifique à chaque site et porte, par exemple, sur la répartition des charges (électricité, eau, loyer), ou l'organisation des soins (remplacements, permanences...). Ces questions entraînent un jeu de négociations important pour le loyer à verser à la collectivité et la définition de la participation de chaque professionnel.

Le **projet de santé** explique dans quelle mesure la maison de santé répond aux besoins de soins de la population et détaille des actions spécifiques. Les éléments de base sont souvent similaires (périmètre, caractéristiques de la population, de l'offre de soins du territoire), tandis que les actions proposées sont différentes et propres à chaque territoire (*cf.* partie 4). L'élaboration du projet de santé et sa validation par l'ARS, conditionne l'éligibilité à des aides publiques, notamment pour le fonctionnement. Cet enjeu peut être à l'origine de la multiplication et de la diversification de ces structures : par exemple des professionnels de santé exerçant en groupe élaborent des projets de santé pour « devenir » des maisons de santé. La rédaction du projet de santé et du projet professionnel peut faire l'objet d'aides financières dans le cadre de l'ingénierie de projet.

Le projet immobilier, pour être bouclé, peut faire l'objet de subventions publiques (*cf.* partie 1), ou d'un investissement privé des professionnels de santé :

- lorsque le financement est public, le projet immobilier est géré par la commune, ou la communauté de communes, qui se portent maître d'œuvre. Les professionnels sont généralement sollicités en amont pour la conception de la structure et leurs besoins en locaux. La collectivité dépose alors un projet de manière concomitante auprès de l'ARS et de la préfecture de région. Celui-ci sera étudié lors des **comités de sélection régionaux** (*cf.* 4.1).
- Lorsque le financement est privé, les professionnels sont regroupés sous forme d'associations juridiques (SCI, SCM..) qui seront maître d'œuvre.

3.3.3.3 La construction immobilière

Il s'agit de la phase la plus visible mais pas de la plus longue, elle résulte des différents jeux d'acteurs. Elle suppose, à priori, un accord sur le financement, l'emplacement³², les projets de santé et professionnel.

Les maisons de santé visitées ont un coût variant entre 400 000 euros et 3,2 millions pour la plus onéreuse.

3.3.3.4 L'ouverture de la maison de santé

L'ouverture n'est pas une finalité comme l'illustrent l'agrandissement de certains projets (antennes supplémentaires) ou l'élargissement de ses fonctions (nouvelles actions en faveur de la santé³³). L'inauguration de la structure fait en général l'objet d'un article de presse locale et rassemble de nombreux acteurs de la région ou du département (préfets, ARS...).

3.4 Conclusion du chapitre

Ce chapitre montre que les maisons de santé s'inscrivent dans des contextes différenciés :

- les acteurs nationaux ont des enjeux spécifiques et parfois contradictoires entre eux. Ces éléments peuvent se lire au niveau régional, départemental ou local ;
- les terrains étudiés s'inscrivent dans des régions et dans des territoires aux caractéristiques spatiales différentes et dont les systèmes d'acteurs seront explorés dans le chapitre suivant ;
- enfin, les terrains étudiés s'inscrivent dans un contexte plus général d'exercice en milieu rural, qui cristallise dans certains territoires la difficulté de monter un projet d'exercice regroupé quand la concurrence entre professionnels domine encore. Néanmoins, cela n'empêche pas la réalisation de projets de maisons de santé.

Ces éléments ont été présentés afin de situer les acteurs régionaux, départementaux et locaux dans un contexte plus général. Le chapitre suivant présente ainsi les systèmes d'acteurs observés à ces différentes échelles géographiques, la manière dont ils interagissent ou non, et enfin la manière dont cela crée des dynamiques territoriales favorables ou défavorables à l'émergence de maisons de santé.

³² La question de l'emplacement a été souvent à l'origine de retards, détaillés ultérieurement.

³³ Actions de prévention, éducation thérapeutique du patient

Chapitre 4 Des systèmes d'acteurs régionaux, départementaux et locaux animent les dynamiques territoriales des maisons de santé

Selon les régions, les acteurs régionaux (4.1), départementaux (4.2) ou locaux (4.3) ne s'articulent pas de la même manière vis-à-vis des maisons de santé et forment ainsi des systèmes d'acteurs différenciés. Les exemples présentés ici illustrent ces situations spécifiques. L'emboîtement de ces différents systèmes d'acteurs est à l'origine de contexte facilitateurs ou non pour l'émergence de maisons de santé (4.4), faisant apparaître des leviers et des freins (4.5). Les systèmes d'acteurs observés sont comparés avec les situations spatiales décrites dans la deuxième partie (4.6).

4.1 Les acteurs régionaux

La Lorraine et Midi-Pyrénées présentent des similarités dans les acteurs intervenant sur les maisons de santé : les financeurs, les régulateurs et les accompagnateurs ressortent. La plupart de ces acteurs sont dans les comités de sélection régionaux mis en place dans le cadre du plan d'équipement de 250 maisons de santé en milieu rural entre 2010 et 2013.

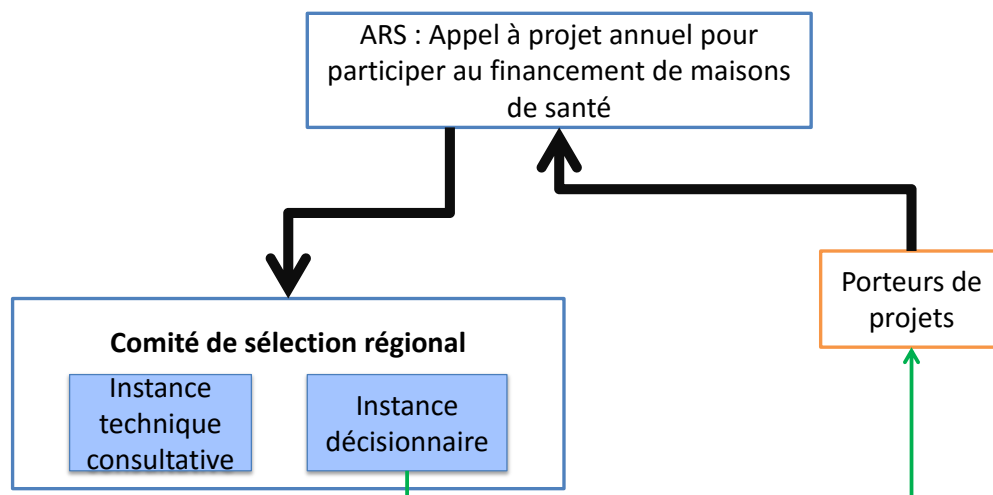
4.1.1 Les régulateurs : des organisations spécifiques illustrant une appropriation du plan selon les régions

4.1.1.1 Le plan d'équipement de 250 maisons de santé en milieu rural est organisé différemment en Midi-Pyrénées et en Lorraine

Les régulateurs sont en partie financeurs : il s'agit des ARS et SGAR qui codirigent les comités de sélection régionaux et s'assurent que les maisons de santé financées répondent au cahier des charges. La mise en œuvre du plan de financement des 250 maisons de santé en milieu rural varie selon les régions :

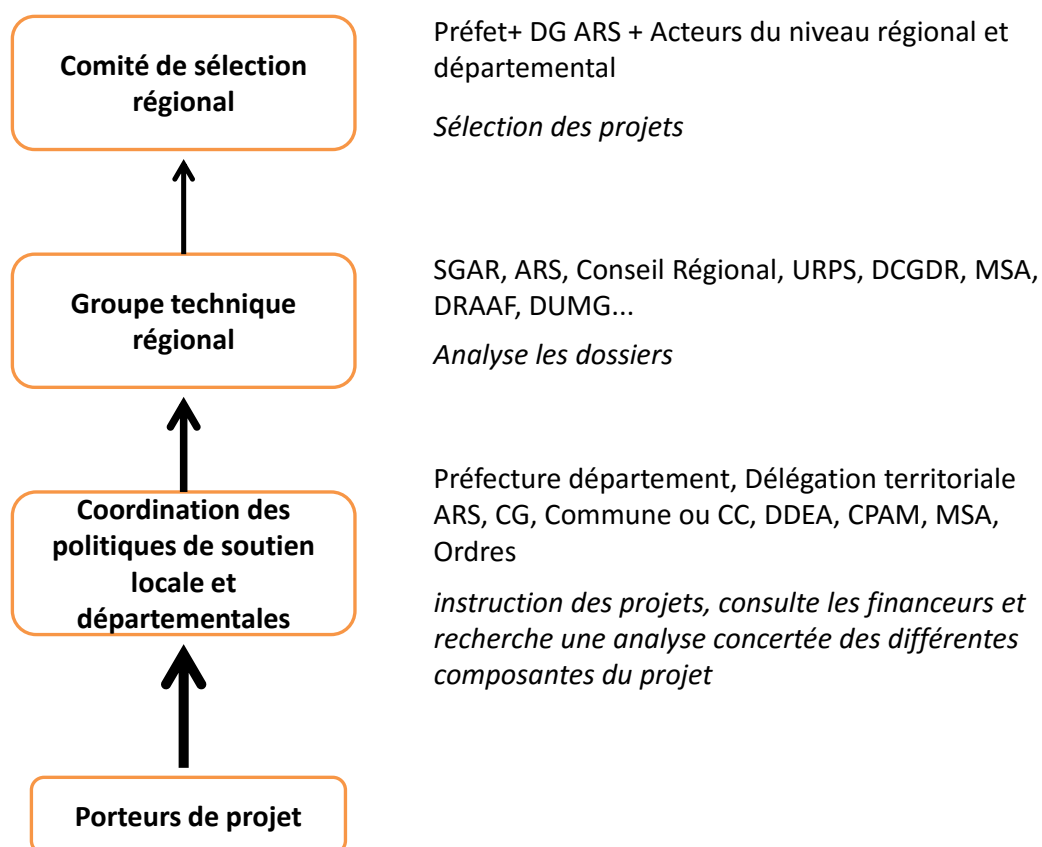
- La Lorraine a mis en place un dispositif d'appel à projet annuel, à partir d'un cahier des charges spécifique mais inspiré du national. Les projets y sont étudiés puis choisis dans le comité technique régional puis le comité de sélection régional (Figure 16).
- En Midi-Pyrénées, la démarche est ascendante : les porteurs de projets font remonter leurs besoins au niveau départemental (aux délégations territoriales des ARS), qui sont ensuite évalués par un comité de sélection régional (Figure 17). Cependant, l'ARS ne suscite pas les projets dans ce cas de figure mais accompagne, tandis qu'en Lorraine elle peut susciter une dynamique locale (rencontre et échanges avec les acteurs locaux).

Figure 16 - Lorraine : mode de sélection des projets de maisons de santé financées dans le cadre du plan d'équipement en milieu rural



Réalisation : G. Chevillard, 2014

Figure 17 - Midi-Pyrénées : mode de sélection des projets de maisons de santé financées dans le cadre du plan d'équipement en milieu rural



Réalisation : G. Chevillard, 2014

4.1.1.2 Les régulateurs et les financeurs ont des attentes différentes vis-à-vis des maisons de santé

La région accorde plus d'importance à l'aménagement du territoire et au maillage de l'offre de soins, quand l'ARS privilégiera le projet de santé et le SGAR le plan de financement de la structure. Il est ainsi arrivé, par exemple, qu'une ARS valide des projets de santé, alors que les projets immobiliers n'étaient pas viables financièrement.

4.1.1.3 L'élaboration des SROS-PRS diffère entre Midi-Pyrénées et la Lorraine

Les ARS ont en charge d'améliorer l'accès aux soins au niveau régional et disposent pour cela de plusieurs outils mais de peu de marge de manœuvre financière. Elles définissent dans le volet ambulatoire du SROS-PRS les zones fragiles en offre de soins (ou le « zonage pluriprofessionnel ») qui sont « *les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé* » (DGOS, 2011). Les maisons de santé s'inscrivent dans une stratégie régionale de santé portée par le directeur général de l'ARS dans le cadre du projet régional de santé. A ce titre, le directeur général d'ARS est en charge d'assurer l'accompagnement des promoteurs de MSP, avant même la formulation d'une demande de financement éventuelle (Datar, 2010).

Les ARS peuvent apporter une aide financière à l'accompagnement des projets de maisons de santé via le fond d'intervention régional (FIR) : 50 000 € maximum dans les zones prioritaires et 30 000 € dans les zones non prioritaires mais où le projet coordonné a du sens.

La définition par l'ARS des zones fragiles peut également avoir des impacts sur les projets locaux. Un médecin rencontré déplorait que le zonage utilisé (le bassin de vie) ne prenne pas en compte la réalité du terrain, ici le canton. Le découpage en bassins de vie fragmente ce canton entre quatre zones et entraîne le fait que deux communes seulement sont considérées comme dans un espace fragile, mais pas le chef-lieu, rendant caduc tout projet public de maison de santé dans ce territoire³⁴.

Les ARS ont une liberté dans l'élaboration de leur zonage. Midi-Pyrénées a, par exemple, réalisé un diagnostic à l'échelle des bassins de vie en ne ciblant que les communes centres comme fragiles et pas l'ensemble du bassin de vie, afin de contourner le seuil de population en zones fragiles attribué³⁵ (ARS Midi-Pyrénées, 2012).

³⁴ Voir plus loin freins réglementaires

³⁵ Selon la circulaire de la DHOS, Midi-Pyrénées n'a droit qu'à 3,5 % de sa population en zone fragile, soit 99 000 habitants, quand les acteurs locaux estiment au triple la population en zone fragile

4.1.1.4 La mise en place des ARS s'est faite plus ou moins facilement selon les régions

Les ARS ont pris la suite, notamment, des ARH et des URCAM. Cette transition s'est faite plus ou moins facilement selon les régions (Le Menn et Milon, 2014). Les URCAM et ARH ont pu jouer un rôle significatif dans la mise en place de ce dispositif. Ainsi dans une région, un partenariat ancien existait pour financer des structures de groupes et a été prolongé naturellement suite à la mise en place de l'ARS. Dans l'autre région, les partenariats préexistants n'ont pas été pris en compte, entraînant certains retards dans des projets de maisons de santé.

4.1.2 Les financeurs

Le conseil régional, la préfecture de région et l'ARS participent au financement de maisons de santé. Le SGAR intervient en attribuant l'enveloppe du FNADT national dédié au plan d'équipement en milieu rural. Ces acteurs sont tous présents dans le **comité de sélection régional** qui choisit les projets soutenus financièrement. Les financements des uns ne sont pas exclusifs des autres.

Les conseils régionaux rencontrés investissent dans les maisons de santé au titre de leur compétence en aménagement du territoire. Ils attendent de ces structures un maintien ou une amélioration de l'offre de soins dans les territoires fragiles, et ainsi d'être un rempart contre une désertification de l'offre de soins et par conséquent d'autres services. Ils financent la construction de ces structures dans des proportions variables. La région Midi-Pyrénées accorde une aide de 1 million d'euros par an, a dépensé à ce jour 4 millions d'euros et financé 48 structures dont 20 sont en fonctionnement. La région Lorraine a investi 6,7 millions d'euros, peut apporter un maximum d'aide de 150 000 € par projet et a ainsi financé 50 projets.

Autès et Dufay (2009) soulignent que la mobilisation des élus régionaux provient souvent des questions du devenir des hôpitaux locaux et de la désertification médicale dans les territoires ruraux. Les maisons de santé sont apparues dans ce contexte comme une réponse possible aux problèmes au sein de ces territoires. Les conseils régionaux étant là pour aider l'émergence de projets. Les régions peuvent également prévoir des financements de maisons de santé dans le cadre du contrat de projet Etat-Région (CPER), voie qu'a choisie, par exemple, la région Centre pour soutenir massivement les maisons de santé (plus de 50 projets financés).

Les ARS peuvent apporter un financement de 50 000 € pour des investissements relatifs au fonctionnement (système d'information, matériel commun ...).

4.1.3 Les accompagnateurs régionaux

Les accompagnateurs des porteurs de projet ne financent pas les maisons de santé, même si l'ARS ou le conseil régional peuvent accompagner certains projets.

Les fédérations régionales des maisons de santé jouent un rôle significatif dans l'accompagnement. En lien avec la fédération nationale, elles informent et accompagnent les professionnels de santé exerçant en maisons de santé (formation, échanges d'expérience), ou les professionnels voulant monter un projet. Ces fédérations ont mis en place des partenariats avec les deux ARS, qui en ont fait l'interlocuteur privilégié pour les porteurs de projets. Ces partenariats se font de manière plus ou moins précoce selon les régions.

Les URPS médecins peuvent également être des accompagnateurs. Dans une région, un partenariat existe avec la fédération régionale des maisons de santé, visant notamment à rediriger les professionnels vers elle. Dans l'autre région, l'URPS entretient de mauvaises relations avec la fédération régionale, nuisant à d'éventuelles collaborations. Néanmoins, dans les deux cas de figure, les URPS n'ont pas forcément un rôle moteur dans la dynamique régionale en maisons de santé, alors que cela a pu être observé dans d'autres régions (Chevillard, 2010).

Les URPS d'infirmiers libéraux et celles de pharmaciens participent aux comités de sélection régionaux et veillent à ce que l'implantation des maisons de santé ne nuise pas à l'exercice de leurs confrères. Elles ont un rôle important dans l'accompagnement des professionnels, en particulier des infirmiers, pour lesquels elles les invitent à être prudents sur l'élaboration du projet de santé, le fonctionnement de la structure ou la distribution éventuelle d'enveloppes reçues dans le cadre de forfaits structures. Pour les pharmaciens l'attention porte sur l'impact possible de la maison de santé afin qu'elle ne déstabilise pas le maillage officinal existant.

Le conseil régional de l'Ordre des médecins n'intervient pas directement dans l'accompagnement des maisons de santé, mais davantage les conseils départementaux. Au niveau régional, l'Ordre est davantage vigilant sur les questions déontologiques posées par cette forme d'exercice (compérage et indépendance professionnelle, secret médical), sur les questions techniques (protocolisation), sur les enjeux locaux (concurrences, effets d'aubaine de certains porteurs de projets, aides financières et inégalités de traitement ...), mais aussi sur la viabilité des maisons de santé (financière, dépendance forte de certaines aux fonds publics, dépendance forte à un seul leader).

Les internes en médecine générale sont concernés par les maisons de santé dans le cadre de leurs stages. Le cadre d'exercice qu'elles offrent est vanté par les associations d'internes. Leurs représentants peuvent être associés aux comités de sélection régionaux.

Les équipes territoriales de la MSA ont également accompagné des porteurs de projet dans les deux régions. Elles ont, par exemple, aidé à répondre à l'appel à projet « Pôle d'excellence rural ». L'association « renouveau village », a également participé à l'accompagnement d'une maison de santé, en apportant sa connaissance sur les questions d'ingénierie.

4.2 Les acteurs départementaux

Les terrains menés en Lorraine et en Midi-Pyrénées ne couvrent pas l'ensemble des départements. Les enseignements relatifs au niveau départemental sont donc à prendre avec précaution et n'ont

aucune vocation à être généralisés. Il ressort ainsi que l'échelle départementale peut jouer un rôle significatif, comme l'illustre l'expérience de la Meuse.

4.2.1 *Les financeurs et accompagnateurs départementaux*

Les conseils généraux peuvent décider de soutenir les maisons de santé comme en Lorraine et en Midi-Pyrénées. Des départements, comme l'Aveyron, ont mis en place de nombreuses aides pour les étudiants de médecine (déplacement, logement), mais aussi des aides à l'installation ou des aides pour la construction de maisons de santé. La Meuse est aussi un exemple particulier qui est ensuite détaillé.

Les préfectures de départements financent des maisons de santé via l'enveloppe de la Dotation d'Équipement des Territoires Ruraux (DETR). Les préfectures sont de fait présentes au comité des financeurs régionaux qui se réunissent avant les comités de sélection régionaux. Comme pour les autres financeurs, elles peuvent décider de financer un projet que d'autres ne soutiennent pas.

Les délégations territoriales de l'ARS sont calquées sur les départements dans les deux régions. Elles accompagnent les porteurs de projet dans leurs démarches et sont articulés avec les fédérations des maisons de santé.

4.2.2 *La Meuse : une addition de facteurs facilitateurs, mais surtout une politique départementale favorable aux maisons de santé*

4.2.2.1 *Une réflexion et des partenariats anciens dans le département*

L'ancien préfet de la Meuse, était préoccupé assez tôt par les perspectives de pénurie d'offre de soins, le département ayant été un des premiers atteints par ces problèmes. En 2006, il initie un groupe de réflexion sur ce sujet sous l'égide de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) et en partenariat avec le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM). L'Ordre réalise alors une enquête auprès des médecins généralistes libéraux sur les conditions d'exercice (128 réponses sur 155). Suite aux difficultés relevées par les médecins, les maisons de santé sont apparues comme une réponse possible pour améliorer les conditions d'exercice. L'idée était ensuite de mailler le département pour que les habitants aient un accès en 15 minutes à un médecin généraliste, sur un maillage proche de celui des collèges. Suite à cette mission, le conseil général a décidé de soutenir financièrement les maisons de santé, ainsi que les internes en médecine générale, afin d'attirer des médecins dans les différents territoires du département. Il soutient uniquement les maisons de santé portées par des intercommunalités.

Des réunions de territoires coanimées par la DDASS et le CDOM ont été organisées dans 12 territoires afin de cadrer les initiatives mais aussi d'informer les élus et les professionnels de santé. Elles réunissaient des acteurs du territoire et avaient pour but de faire un état des lieux et des perspectives de la situation du territoire, puis de présenter les solutions possibles face aux attentes des jeunes (maisons et pôles, aides pour installation, subventions, ZRR ...). Dans l'ensemble, ces

réunions ont permis de bonnes émulations entre les acteurs (Gonnand, 2012). Elles ont connu un coup d'arrêt temporaire, sans conséquence négative, lors de la grippe H1N1 en 2009 où les ressources humaines de la DDASS étant davantage mobilisées.

4.2.2.2 Des habitudes de travailler ensemble

Le conseil général avait œuvré auparavant pour les regroupements de communes et considère que le maillage précoce du département en intercommunalité a permis ensuite d'accélérer la dynamique des maisons de santé, dont la quasi-totalité sont portées par des intercommunalités (maîtrise d'œuvre). Elles ont ainsi ancré des habitudes de travail en commun.

4.2.2.3 Des aides financières spécifiques et conséquentes

Par ailleurs, la Meuse dispose d'un groupement d'intérêt public (GIP) « Objectif Meuse » qui accorde des subventions pour divers projets publics dans le département (30 millions d'euros par an). Ce GIP est versé en contrepartie de l'accueil du projet d'enfouissement nucléaire « Cigéo » à l'horizon 2025 à Bures. Ce projet d'intérêt national, verra sa construction débuter en 2019, créera 2 000 emplois et représente un investissement de 35 milliards d'euros de l'État.

Concernant les projets de maisons de santé, le GIP peut financer jusqu'à 30 % de 1 million d'euros, soit 300 000 € maximum, tandis que le conseil général peut financer jusqu'à 30 % des dépenses subventionnables de 400 000 €, soit 120 000 € maximum. Dès lors, les différentes aides accumulées atténuent les barrières financières aux projets, quand elles existent.

4.3 Les systèmes d'acteurs locaux en Midi-Pyrénées et en Lorraine

Les porteurs de projets de maisons de santé, les professionnels de santé et les élus forment des systèmes d'acteurs locaux spécifiques à chaque territoire visité. Les configurations observées sont ici décrites et regroupées selon leurs similarités³⁶. Ces systèmes se distinguent par la capacité des acteurs à faire émerger un projet de maison de santé.

4.3.1 Les systèmes locaux « unis »

Ces cas de figures correspondent à trois terrains explorés dans les deux régions : deux maisons de santé (avec une réflexion antérieure à 2010) et un projet.

Dans ces territoires, l'ensemble des acteurs est conscient de la fragilité de l'offre de médecins généralistes et est d'accord pour mettre en place un dispositif visant à attirer des médecins. Les maisons de santé y sont financées pour partie par des subventions publiques.

Les communes ou intercommunalités vont porter la maîtrise d'ouvrage et recueillir les différentes subventions mobilisables. La collectivité emprunte alors pour financer le reste nécessaire à la construction et les loyers des professionnels couvrent l'emprunt. Les professionnels sont généralement concertés pour le projet immobilier, mais aussi pour l'emplacement du terrain à construire.

Les professionnels de santé autres que les médecins, dont les infirmiers, ont accepté de rejoindre le projet. Néanmoins, certains reconnaissent n'avoir pas d'intérêt à priori, cela leur coûtant plus cher, mais ne regrettent pas après coup.

Si chacun trouve son compte dans cette configuration, il semble néanmoins que la collectivité assume seule le risque financier (emprunt) et qu'elle fasse des concessions pour voir le projet aboutir ou éviter qu'il se fasse ailleurs (terrain à un prix avantageux, prise en charge de l'entretien des parties communes). Dans ces cas de figures, les professionnels de santé sont en position de force dans les négociations. Par ailleurs, rien n'engage les médecins à rester dans les maisons de santé en dehors d'un engagement oral (Encadré 6).

Par ailleurs, dans un terrain la présence d'un acteur « multicasquette » (médecin et adjoint au maire), a facilité les démarches avec la mairie, notamment pour le volet immobilier et la recherche d'un terrain.

³⁶ Ces regroupements sont opérés tout en ayant conscience que chacun de ces systèmes est unique.

Encadré 6 - Extraits d'entretiens avec des élus

« Il y'a eu des pressions au conseil municipal... ils ont menacé de s'installer à coté où la mairie offrait les locaux » ;

« on ne ferait pas pareil pour d'autres artisans » ;

« les maisons de santé correspondent à des dérives de politiques [...] quand on voit le prix de certaines maisons de santé ...» ;

« on s'est pas entendu avec la communauté de communes, du coup c'est un projet communal »

4.3.2 Les systèmes « fragmentés concurrentiels »

Ces systèmes concernent des territoires où le niveau d'offre de soins est plus conséquent et rend la coopération entre médecins moins évidente, voir conflictuelle. Dans deux terrains, l'existence de plusieurs cabinets de médecins concurrents (en groupe ou non), freine le projet. Dans ces cas, un groupe ou un médecin est porteur d'un projet de maison de santé et fait face au refus de l'autre ou des autres groupes.

Les motifs sont personnels (mauvaise entente, mode d'exercice, retraite proche), financiers (peu d'intérêt à investir de nouveau dans leur outil de travail), politiques (un groupe est rattaché à une liste électorale concurrente qui bénéficierait de l'échec du projet), ou encore humains (essoufflement de la dynamique ...). Ces situations peuvent bien évidemment s'additionner.

Dans ces cas de figure, les élus sont proches d'un des groupes de médecins mais ont une marge de manœuvre réduite : ils ne peuvent pas forcément financer un projet qui pourrait être une forme d'aide à la concurrence et donc un motif de plainte. Cependant, ils peuvent favoriser la concertation ou vendre un terrain à construire.

Dans un exemple, le maire a fait du projet de maison de santé un projet politique (élections municipales de 2014) et a renforcé les blocages existants. Une possibilité envisagée pour sortir de cette situation, est de solliciter la communauté de communes. En 2014, le projet est toujours bloqué, l'intercommunalité étant prête à investir à condition que d'autres financements suivent. Dans l'autre terrain, le projet sera financé entièrement par les professionnels afin de ne pas envenimer la situation avec le groupe concurrent.

4.3.3 Les systèmes « fragmentés unidirectionnels »

Dans ces systèmes, les porteurs de projet sont soit les professionnels de santé, soit les élus, mais sans consensus entre eux.

4.3.3.1 Le système « fragmenté unidirectionnel » guidé par les élus locaux

Dans ce cas de figure les élus veulent construire une maison de santé tandis que les professionnels de santé sont contre. D'un côté, les élus, ici l'intercommunalité, sont inquiets des prochains départs à la retraite et souhaitent les anticiper en créant une maison de santé pour attirer des médecins³⁷. De l'autre, les médecins souhaitent continuer à exercer de la sorte, n'identifient pas d'urgence face à la situation et considèrent que s'il y a un départ à la retraite, c'est au médecin de trouver son successeur. En mai 2014, même si rien n'est arrêté, l'intercommunalité envisage de faire appel à des médecins étrangers pour exercer dans la future maison de santé, quand le premier départ à la retraite sera effectif.

Un autre terrain était envisagé, mais, ni les élus ni les professionnels n'ont donné suite à nos sollicitations. Il se rapproche de ce modèle : le maire pousse fortement pour un projet de maison de santé, alors que les médecins déjà en groupe ne souhaitent pas de ce projet.

4.3.3.2 Le système « fragmenté unidirectionnel » guidé par les professionnels de santé

Il s'agit d'un territoire où les professionnels ont pris la décision de réaliser une maison de santé sans l'aide des élus parce qu'aucun accord n'a été trouvé. Un terrain correspond à ce cas de figure.

L'ensemble des professionnels est à l'origine du projet, préoccupé par l'avenir de la démographie médicale à moyen terme. Ayant eu vent des possibilités pour attirer des médecins, ils ont pris la décision de faire une maison de santé dès 2005. Les élus ont été sollicités pour aider financièrement mais ont refusé, estimant que les professionnels de santé pouvaient financer cette structure.

Les professionnels ont maintenu le projet et ont financé la maison de santé, via une société civile immobilière (SCI) qui est maître d'œuvre. Les élus ont cependant proposé de vendre un terrain, mais il s'avérait exigu pour la maison de santé. Les professionnels ne l'ont pas retenu et lui ont préféré un nouveau site excentré, mais plus grand et avec davantage de possibilité de parking.

Les infirmières de la commune n'ont pas emménagé dans la maison de santé et ont souhaité garder leur ancien cabinet. Néanmoins, elles fonctionnent en « pôle » avec la maison de santé, participant à des actions de prévention et aux réunions entre professionnels du territoire.

4.3.4 Synthèse : les différents types de systèmes locaux d'acteurs

Les différentes configurations observées livrent plusieurs enseignements (Tableau 8). Il apparaît ainsi comme supposé, que les systèmes territoriaux où les acteurs coopèrent permettent l'éclosion et l'aboutissement de projets. En outre, si les élus ne veulent pas aider financièrement, ce n'est pas un

³⁷ Par ailleurs, dans ce cas de figure, de possibles conflits d'intérêts apparaissent : un professionnel de santé dont l'activité dépend des médecins soutient le projet et est élu à l'intercommunalité

obstacle insurmontable, les professionnels de santé peuvent toujours financer leur propre projet. En revanche, si les professionnels de santé ne sont pas moteurs du projet ou en désaccord entre eux, celui-ci a moins de chances d'aboutir ou sera davantage freiné.

Ces résultats illustrent la nécessité de la concertation entre les différents acteurs et celle d'associer les professionnels de santé si l'initiative provient d'élus. En effet, il s'agit d'une politique d'accompagnement des professionnels de santé et cette démarche de regroupement, nouvelle pour la plupart d'entre eux, doit être leur initiative. Il semble délicat que ce regroupement soit décrété.

Des terrains illustratifs, pour lesquels l'ensemble des acteurs n'a pas pu être rencontré, ont mis en évidence des éléments similaires à ceux des différents systèmes décrits (concurrence entre professionnels ou initiative d'élus sans concertation) et confortent les tendances observées.

Tableau 8 - Récapitulatif des systèmes locaux d'acteurs en situation de projet

Type de système	Offre de soins	Professionnels de santé	Élus	Financement	État en 2014
Unis	Monopole	Pour le projet	Pour le projet	Public	MSP ouverte
« Fragmenté concurrentiel »	Plusieurs cabinets	Pas de consensus	Pour mais limités	Privé / public ?	Bloqué ou fortement freiné
« Fragmenté unidirectionnel »	Plusieurs cabinets	Pas de consensus	moteur	Public	?
	Monopole	Pour le projet	Contre une aide financière	Privé	MSP ouverte
Réalisation : G. Chevillard, 2014					

4.3.5 Les maisons de santé révèlent des territorialités multiples

L'approche qualitative permet de confronter les territorialités des différents acteurs rencontrés. Il est supposé que ces définitions varient d'un acteur à l'autre et qu'elles devraient reposer sur des bases communes comme le canton, le bassin de vie ou l'intercommunalité.

4.3.5.1 Les porteurs de projet se réfèrent au canton

Au cours des différents terrains, les références spatiales au projet concernent le territoire des professionnels et de la patientèle, mais aussi celui dans lequel ils s'inscrivent. Le premier fait marquant est l'importance accordée au niveau cantonal, en particulier dans les zones les plus rurales. Les professionnels et porteurs de projet y font référence presque systématiquement. Cet échelon apparaît davantage mobilisateur, par sa proximité, que l'intercommunalité. Par exemple, le périmètre de l'intercommunalité, parfois très étendu, comme dans le Volvestre, le Pays sud-colombais et le Tarn-et-Dadou, rend complexe la formalisation d'un seul pôle de soins ou la concertation entre les acteurs. Dans ces cas, la référence au canton est préférée.

En revanche, lorsque le canton et la communauté de communes se superposent, la visibilité du projet de maison de santé est simplifiée pour les acteurs.

4.3.5.2 Les élus se réfèrent à leur territoire de compétence qui n'est pas forcément le canton

Le territoire des élus est relatif à celui de leur compétence. Dans le cas d'intercommunalités étendues, le concept de territoire de proximité fait plutôt ressortir le canton qui demeure une référence. Par exemple les intercommunalités sont présentées selon les cantons la composant. Ce constat rejoint le précédent et l'inadéquation du cadre spatial de certaines intercommunalités avec des projets d'offre de soins de proximité.

A contrario, dans des territoires ruraux peu denses, à l'habitat épars, les territoires de proximité sont plus étendus et organisés autour de la présence d'un seul pôle de service. En milieu périurbain le territoire de proximité est plus restreint du fait des multipolarités à l'œuvre.

4.3.5.3 Des distorsions apparaissent entre les périmètres des projets et ceux administratifs

Ces exemples montrent que les territorialités des différents acteurs ne sont pas forcément les mêmes. Dans certains cas on observe une cohérence entre le territoire des professionnels et celui de l'intercommunalité, bien souvent parce que le canton a le périmètre de l'intercommunalité. En revanche, dans les intercommunalités étendues il apparaît que les territorialités sont différentes, la proximité étant davantage le niveau du canton.

4.4 L'imbrication des systèmes d'acteurs : quelles conséquences sur l'émergence ou non des maisons de santé ?

Il s'agit ici de voir dans quelle mesure l'emboîtement de différents systèmes d'acteurs peut influencer l'émergence de maisons de santé et, à travers cela, quelles échelles peuvent apparaître plus déterminantes.

4.4.1 La région et le département sont facilitateurs

La région regroupe la plupart des financeurs et accompagnateurs, elle vient en général conforter la dynamique locale. Les politiques régionales mises en place, qui peuvent susciter ou non des projets, doivent trouver un écho localement pour être efficace. Par exemple, plusieurs cas de figures montrent que, malgré la sensibilisation menée par les acteurs régionaux dans certains territoires, aucun projet viable n'a pu être mis en place face au refus d'acteurs locaux.

Par ailleurs, quand les acteurs régionaux ne sont pas disponibles (interlocuteurs), ou qu'un outil (SROS-PRS) met de côté des territoires fragiles, cela peut freiner des projets, décourager des

professionnels et les obliger à se tourner vers d'autres solutions (appel à des médecins étrangers, financement privé) ou à abandonner le projet.

Des spécificités régionales ressortent suite aux terrains. La déclinaison du plan d'équipement de 250 maisons de santé en milieu rural est différente : appel à projet vs démarche ascendante des porteurs de projets, réappropriation du cahier des charges national, anticipation des impacts potentiels. Les éléments de blocage (importance de la concurrence) ressortent aussi davantage en Midi-Pyrénées, renvoyant à des formes d'organisation d'offre de soins différentes.

Les départements diffèrent selon les dispositifs qu'ils mettent en œuvre pour améliorer la répartition des médecins et, en ce sens, faciliter l'apparition de projet (réunions, accompagnement, financement), ou au contraire freiner certains projets. Néanmoins, l'exemple de la Meuse montre que le système d'acteur départemental seul ne suffit pas à faire émerger des maisons de santé. Son action, pour être efficace devra, comme au niveau régional, trouver un écho au niveau local, ce qui a toutefois été le cas dans la très grande majorité du département.

Une dernière situation n'a pas pu être explorée. Un département se trouve peu doté en maisons de santé, supposant des éléments explicatifs autres que spatiaux. Les acteurs concernés, plutôt anti-maisons de santé par leur appartenance syndicale, n'ont pas donné suite à nos sollicitations.

4.4.2 *Le local est le lieu déterminant de l'action*

Les différents terrains ont montré l'importance de l'échelle locale, déterminante dans l'émergence de maisons de santé.

Par exemple, dans un contexte local peu favorable (réticence des élus), à une époque où la politique régionale était peu structurée, un projet peut quand même aboutir quand les professionnels sont unis et qu'ils se tournent vers des fonds privés.

Certains lieux, de par leur situation géographique particulière et leur histoire, arrivent à mobiliser plusieurs financements, facilitant la réalisation du projet. Ainsi la pluri-appartenance spatiale d'une commune d'un département, également rattachée à une communauté de communes d'un département voisin, lui a valu des aides de deux conseils généraux et préfectures et la présence des deux préfets pour l'inauguration !

Enfin, nombreux sont les exemples abordés lors d'entretiens illustrant les projets « politiques ». Par exemple, un élu communal également élu de la région ou du département, fera tout pour obtenir une maison de santé dans son territoire... Ces acteurs « multicasquettes » facilitent la mise en place d'une maison de santé dans un territoire donné, en reliant les échelles. Ces éléments, s'ils ne sont pas officiels, sont bien identifiés par les régulateurs régionaux.

Ainsi, un lieu donné se trouve emboîté dans ces différents systèmes territoriaux et qui dans l'exemple des maisons de santé, faciliteront ou non leurs apparitions. La spécificité de chaque lieu, fait que les canaux mobilisés, les acteurs en jeu ne sont pas forcément les mêmes.

Il se peut aussi qu'il y ait des imbrications horizontales entre systèmes d'acteurs au niveau local. En témoigne l'importance de la bonne entente entre élus et professionnels de santé pour l'aboutissement des projets de maisons de santé, mais aussi les acteurs « multicasquettes », comme tel, à la fois adjoint au maire et médecin, pouvant faciliter ces relations locales.

4.4.3 Les liens des systèmes d'acteurs régionaux avec les institutions centrales

Moins évidents dans la mise en place des maisons de santé, les liens avec les institutions centrales sont pourtant à l'origine des moyens dont disposent les acteurs régionaux pour mettre en place leurs dispositifs pour améliorer la répartition des médecins généralistes.

Il existe par exemple un jeu de négociations entre l'échelle nationale et l'échelle régionale notamment dans la définition des zones fragiles. Suite à la circulaire ministérielle définissant la part de population en zones fragiles (DGOS, 2011), les acteurs de Midi-Pyrénées, l'ARS et le conseil régional en particulier, ont remis en cause ce seuil, aux vues des spécificités de la région (zones rurales peu dotées et vieillissantes). Ils estiment que la population en zones fragiles devrait être portée à 300 000 habitants et non à 99 000. De son côté, le ministère porte un regard global sur le niveau de la région et la considère bien dotée.

4.5 Les systèmes d'acteurs mettent en évidence des leviers et des freins aux projets de maisons de santé

4.5.1 Les leviers dans les projets de maisons de santé

4.5.1.1 La dynamique humaine

Plusieurs conditions sont nécessaires à la bonne réussite d'un projet de maisons de santé. La présence et la pugnacité d'un leader qui saura fédérer les autres acteurs et porter le projet est la première condition. Ce leader souvent médecin généraliste devient généralement le « manager » de la structure. Une entente préalable entre les professionnels de santé apparaît aussi comme une condition déterminante. Celle-ci ne se décrète pas et montre l'intérêt d'associer les professionnels de santé le plus en amont possible du projet.

Une personnalité peut aussi faciliter un projet par le travail qu'elle aura accompli auparavant. Par exemple, une maison de santé visitée est en fait une version moderne d'un ancien cabinet de groupe pluriprofessionnel fondé dans les années 1960 par un médecin reconnu, forte personnalité du pays.

4.5.1.2 Les leviers financiers

Les autres leviers facilitateurs sont financiers : les porteurs de projet peuvent se tourner vers leurs propres fonds (deux terrains), ou faire appel à des fonds publics. Dans la plupart des cas, les porteurs de projets remplissent des dossiers pour des subventions³⁸ et la communauté de communes emprunte le reste nécessaire à la finalisation du projet, quand le plan de financement est achevé.

La connaissance des subventions mobilisables, les moyens de les acquérir dépendent en partie des compétences des acteurs. Ainsi, dans les maisons de santé ayant bénéficié de fonds publics, l'aide des élus a été déterminante dans l'acquisition de ces subventions. Certains maires connaissent parfaitement les subventions qu'ils peuvent solliciter en vue de revitaliser leur territoire (la rénovation de bâtiments historiques) ou appliquer des normes (enfouissement du réseau, traitement de l'eau).

Des acteurs rencontrés ne cachaient pas les possibles conflits d'intérêts présents dans certains projets. Par exemple, des élus de l'intercommunalité peuvent être pharmaciens et soutenir le projet de maisons de santé.

4.5.2 Les freins aux projets de maisons de santé

Les freins à l'œuvre sont de plusieurs ordres : humains, financiers ou réglementaires.

4.5.2.1 Les freins humains : de multiples déterminants

Il s'agit ici d'illustrer les différents éléments ayant conduit à des situations de blocage ou de retard. Dans la mesure du possible, les situations sont présentées par ordre d'importance, selon le nombre d'occurrences.

Les freins humains sont le résultat de désaccords, de tensions ou de rivalités entre les différents acteurs concernés ou non par le projet. Ils existent entre les professionnels de santé du territoire, entre les élus et les professionnels, entre élus de plusieurs territoires. Ils interviennent également entre acteurs du même niveau, ou entre acteurs de niveaux différents (régional vs local).

4.5.2.1.1 Les freins dans les situations avec des maisons de santé ouvertes

Dans plusieurs terrains il apparaît que le choix du futur emplacement est une étape problématique. Généralement, ce choix se fait entre les professionnels et les élus locaux qui facilitent ou non l'acquisition d'un terrain.

³⁸ Les subventions peuvent provenir du FNADT national, de la DETR, des PER, des conseils régionaux et généraux, des fonds européens ou de fonds publics particuliers (GIP).

Dans un terrain étudié, les travaux de la maison ont été retardés d'un an à cause de vestiges archéologiques retrouvés, nécessitant de trouver un autre terrain (Figure 18). Dans un autre terrain, la présence d'une écurie empêchait un agrandissement de l'ancien cabinet et a rendu nécessaire la construction d'un nouveau bâtiment. Dans un autre cas de figure, alors que l'emplacement avait été validé il a fallu attendre un an que la zone soit viabilisée pour de futurs pavillons voisins.

Figure 18 - Un projet retardé à cause de vestiges romains

Vic-Fezensac. La future maison de santé commence à sortir de terre

Publié le 05/08/2012 à 09:06



Espérée depuis de nombreuses années, retardée après la mise en œuvre d'un projet en 2010 qui a connu quelques déboires, la future maison médicale commence à sortir de terre. Un premier site avait été choisi mais après les premiers coups de pelles, des vestiges romains ont été mis au jour. Le projet de cet emplacement a donc été rapidement abandonné.

Pour le président de la communauté de communes, Robert Frairet, il fallait trouver rapidement un autre lieu. Cela a été chose faite entre janvier et mai 2012. Le nouvel

emplacement est situé sur les hauteurs de Vic-Fezensac au lieu-dit le Planché à proximité du lotissement Armagnac. Le projet se concrétise enfin et le début des travaux a pu se réaliser à la mi-juillet.

DÉBUT D'ACTIVITÉ PRÉVU EN AVRIL 2013

Avec une forte implication des services de l'Etat qui ont instruit en 2011 toutes les demandes d'aides publiques (Etat et Europe), cela a permis le financement de cet établissement avec une forte aide du conseil général et du conseil régional pour un montant global de 2 019 939 € sans compter l'achat d'un nouveau terrain en remplacement du premier.

4.5.2.1.2 Les conflits, la concurrence, le souhait d'exercice individuel, l'essoufflement de la dynamique humaine expliquent l'absence de maisons de santé ou les retards de projets (Encadré 7)

Les deux terrains sans maisons de santé mettent en évidence, en premier lieu, une divergence de l'ensemble des acteurs autour du projet.

- Dans un cas de figure, les médecins exercent en individuel et souhaitent continuer ainsi, mais les élus appuient fortement un projet de maisons de santé. Les médecins sont également

sceptiques sur la plus-value de l'exercice regroupé pluriprofessionnels qui peut se faire de manière informelle. Par ailleurs, il existe pour eux un décalage entre la situation du territoire et le classement de celui-ci en zone déficitaire depuis 2005. Pour les médecins la situation n'a, en l'état, rien d'alarmante. Le problème se posera au prochain départ à la retraite.

- Dans l'autre cas de figure, plusieurs cabinets existent, en groupe ou non et il n'y pas de volonté générale de se réunir dans une maison de santé.

Dans un projet en cours d'élaboration, des conflits entre cabinets de médecins ont freiné le projet. Les porteurs de projets ont finalement opté pour un financement privé pour ne pas envenimer la situation.

Les conflits se lisent également à l'échelle départementale. Par exemple, un département apparaît peu doté en maison de santé, ce qui serait dû aux syndicats de médecins, plutôt opposés aux maisons de santé monosites.

Lorsque le projet repose sur un seul leader, il peut en être dépendant. Certains projets ont pu en souffrir. Ainsi dans un cas de figure, le leader avait pris ses distance un temps avec le projet et avait observé l'essoufflement de la dynamique des autres professionnels, moins motivés. Cette coupure a eu impact fort sur le projet qui est actuellement toujours bloqué.

Les projets dans la Meuse bénéficient d'une enveloppe supplémentaire provenant du GIP « Objectif Meuse ». Dans un projet de maison de santé, étudié lors d'une thèse de médecine générale, il apparaît que la nature du financement est à l'origine de blocages : certains professionnels ont ainsi refusé d'entrer dans un projet bénéficiant de financements liés à la présence du laboratoire d'enfouissement de déchets nucléaires (Gonnand, 2012). Ici, le levier financier s'avère un élément de blocage ...

Encadré 7 - Extraits d'entretiens

Des mésententes entre acteurs :

Un membre de l'intercommunalité : « *on a organisé une réunion en 2009 et aucun médecin n'est venu* » ;

Un médecin : « *ils [ndlr : les élus] ont organisé une réunion de manière autoritaire* » ;

Des médecins généralistes ne sont pas attirés par cette forme d'exercice :

« *il faut avoir un état d'esprit pour travailler en groupe* » ;

« *on crée une offre pour le même tarif [...] or la rémunération stagne* » ;

« *il faudrait revenir sur le tarif de la consultation [...] à condition que cela soit réinvesti dans l'outil de travail* » ;

« *on y finance des programmes aux bénéfices hypothétiques (en parlant de l'éducation thérapeutique)* » ;

« *ce qui fait tiquer les professionnels c'est de devoir payer un loyer...* » ;

« *la maison de santé rajoute des contraintes, on a déjà peu de temps [...] l'accueil de stagiaires, les réunions sont chronophages* » ;

« *le cahier des charges est trop contraignant ... je n'aime pas les contraintes* » ;

« *je n'ai pas envie de m'installer dans une maison de santé sans charme... ici je suis bien, j'ai refait à neuf et décoré le cabinet* » ;

Des médecins voient une perte de qualité des soins pour le patient :

« *les maisons de santé constituent une rupture pour le patient dans sa relation avec le médecin... ici il est en relation directe* » ;

« *c'est une forme de régression, on revient vers les dispensaires où on ne choisira pas son soignant* » ;

« *les patient se sentent obligés d'aller vers les autres professionnels de la structure* » ;

4.5.2.2 Les freins financiers

Au regard des terrains menés, le frein financier apparaît peu conséquent. En effet, quand les professionnels n'ont pas pu se mettre d'accord avec les élus, ils ont choisi un projet privé. Dans les cas des financements publics, les collectivités perçoivent des subventions et couvrent le reste des dépenses avec un emprunt remboursé par le loyer des professionnels, abaissant le frein financier.

Les problèmes possibles concernent le montant des loyers fixés par la collectivité. Ceux-ci doivent à la fois permettre de rembourser l'emprunt, couvrir des charges et être suffisamment attractifs pour les professionnels. Les négociations pour décider du prix du loyer sont réalisées au moment du volet immobilier, pour adapter la surface aux besoins des professionnels. Néanmoins, ce type de concertation n'a pas été réalisé partout de la même manière. Aussi, certaines maisons de santé anticipent d'éventuelles arrivées et ont encore des locaux vides, augmentant les charges pour les collectivités. Il apparaît aussi que, dans quelques cas de figure, les professionnels de santé sont réticents à ne pas être propriétaires de leurs cabinets et souhaitent racheter leur part.

4.5.2.3 Les freins réglementaires

Le cahier des charges des maisons de santé exige la présence minimale de deux médecins et d'un infirmier. Ces contraintes sont évoquées comme un véritable frein dans un projet : si ce seuil avait été d'un seul médecin, le projet aurait abouti selon l'initiateur du projet.

Le zonage établi par l'ARS peut exclure certains territoires fragiles, qui sont divisés entre plusieurs zones. L'impact du zonage sur les communes éligibles aux aides a ainsi empêché la mobilisation de fonds publics et obligé les professionnels à monter un projet privé, sans un accompagnement optimal.

4.6 L'addition des systèmes d'acteurs et des dynamiques spatiales révèle des dynamiques territoriales favorables aux maisons de santé

Les terrains montrent l'importance de l'emboîtement de systèmes d'acteurs favorables aux maisons de santé.

Les maisons de santé explorées dans des dynamiques spatiales propices, mettent en évidence l'importance des caractéristiques spatiales locales comme élément déclencheur de la dynamique. Les acteurs locaux rencontrés s'appuient en premier lieu sur la fragilité de l'offre de soins pour justifier l'intérêt du projet. Ces terrains dévoilent des lieux dont les élus connaissent parfaitement la situation et les enjeux, ainsi que les réponses à apporter pour y faire face.

Les maisons de santé ou projets « surprenants » tiennent avant tout de la définition qui leur est donnée. En effet, la ville d'Aspet se trouve dans un bassin de vie supposé non propice à l'émergence de maisons de santé. Or, les particularités locales (enclavement, vieillissement des généralistes) ne rendent pas absurde un tel projet, qui par ailleurs est privé.

Vicherey est « surprenant », non pas à cause de son contexte supposé favorable, mais du type de commune, supposée trop petite (en habitants et services) pour accueillir une maison de santé. Le terrain, a révélé une commune particulière, certes peu peuplée mais au milieu de nombreuses communes plus petites. Vicherey est un ancien chef lieu de prévôté et a un donc poids historique

important. Ce statut assurait la présence de nombreux notables dépendant de l'église de Toul et faisant rayonner « naturellement » la commune depuis plusieurs siècles.

Le dernier cas de terrain « surprenant » est Carbonne, commune dans la grande périphérie toulousaine. Si, ni son environnement, ni celui de la commune ne laisse supposer de la nécessité d'une maison de santé, le contexte local (futurs départs à la retraite, départs non remplacés dans les communes alentours) font que la demande s'accroît sur les médecins de cette commune. Par ailleurs, ceux-ci exercent déjà en groupe et souhaitent formaliser cela au travers d'un projet de santé et de locaux plus grands correspondant à leur projet.

Dans ces cas de figures « surprenants », les porteurs de projets se sont tournés vers des financements privés mais ont validé un projet de santé les rendant éligible aux nouveaux modes de rémunération. Dans l'autre cas de figure, le lieu est « surprenant » et non le contexte.

Chapitre 5 Discussion

Les terrains mettent en évidence une vérité locale non généralisable

Les terrains, tous spécifiques, n'ont pas pour but de faire ressortir une vérité généralisable expliquant l'apparition de maisons de santé. Néanmoins, les dissemblances et les ressemblances observées apportent des éléments dans la compréhension de l'aboutissement d'un projet de maison de santé. Les résultats nuancent une explication simpliste et causale de l'implantation des maisons de santé selon les caractéristiques spatiales, en mettant en évidence le rôle déterminant des acteurs locaux.

Une connaissance plus complète des dynamiques territoriales à l'œuvre dans l'émergence des maisons de santé pourrait être apportée par une étude exhaustive dans les régions des projets et des conditions de sélection de ceux-ci. Cette démarche, plus délicate à mener, pourrait expliquer dans certain cas de figure des implantations surprenantes, que les acteurs rencontrés mentionnent en « off ». Le rapport Bertrand (2014) déplorait, par exemple, que pour d'autres projets territoriaux, les Pôles d'excellence rural, la sélection se soit avérée « *hasardeuse ou tributaire de volontés politiques locales auxquelles l'État n'a pas toujours su se soustraire* ». Cela pourrait très bien être le cas pour les maisons de santé ...

Les terrains confortent les typologies spatiales

Les terrains permettent de confronter les situations spatiales élaborées statistiquement à la réalité de ces espaces. Pour la typologie des bassins de vie, les résultats semblent cohérents avec les territoires visités. Pour les communes, dont les typologies s'avéraient moins robustes, les résultats s'avèrent assez satisfaisants. Un plus grand nombre de communes se trouve dans la classe des pôles intermédiaires, alors qu'elles se ressemblent peu, ce qui peut coïncider avec l'hétérogénéité de cette classe. En revanche, pour les classes plus singulières (très petites communes à Vicherey, ou pôles éloignés à Aspet), la typologie semble bien saisir ces spécificités.

Les terrains enrichissent le cadre théorique initial

Ces terrains nourrissent le concept de dynamique territoriale exploré ici au travers des maisons de santé. Du constat national de leur inégale répartition et de localisations « surprenantes », l'approche qualitative fait ressortir les différents étages de la politique, les manières dont les acteurs locaux s'en saisissent ou non et ainsi des éléments explicatifs de leur implantation. Ces résultats sur les dynamiques territoriales des maisons de santé rejoignent plus généralement ceux de la littérature, et ajoutent un exemple à l'intérêt de la prise en compte de plusieurs échelles géographiques et systèmes d'acteurs dans leur compréhension.

Les terrains ont fait ressortir des acteurs qui n'avaient pas été pressentis au départ tel que l'association « renouveau village » ou des fonds spécifiques comme le GIP « objectif Meuse ». Ces éléments complètent les matrices utilisées théoriquement (chapitre 2) en la confrontant à la réalité.

Il est difficile de faire un lien entre les systèmes d'acteurs locaux et les caractéristiques spatiales de leurs territoires

Les systèmes d'acteurs « unis » se trouvent dans des espaces supposés propices, sauf pour Vicherey dont l'histoire montre que ce n'est pas si surprenant. Ces espaces sont, en outre, davantage ruraux comparativement aux autres. Les systèmes « fragmentés » se trouvent dans les territoires propices ou non, mais en général dans des communes de taille plus importante (pôles intermédiaires). D'éventuels liens entre ces systèmes d'acteurs et les situations spatiales pourraient être étudiés au cours d'une recherche portant sur davantage de terrains et permettant de monter en généralités.

Par ailleurs, ces différents systèmes d'acteurs se sont construits plus ou moins progressivement. Ils renvoient probablement à des divergences, des modes de fonctionnement ou des positionnements politiques plus ou moins anciens qui marquent les identités locales décrites. Il pourrait être intéressant, pour les expliquer, d'approfondir ces terrains, en élargissant les acteurs rencontrés, mais aussi les thématiques abordées lors des entretiens.

Les difficultés rencontrées lors des terrains ont conduit à des ajustements

Le projet de maison de santé de Metzervisse en Lorraine n'a pas pu être exploré du fait de la non réponse des acteurs de ce territoire malgré nos relances insistantes. Les éléments de connaissance extérieurs à ce projet (presse, entretiens avec autres acteurs) n'ont pas été mobilisés pour décrire les systèmes d'acteurs.

La réalisation de terrains entraîne un certain nombre de questionnements relatifs à la limite de ceux-ci. En effet, le périmètre spatial à couvrir, l'étendue des acteurs locaux à rencontrer n'ont de limites que celles fixées. Face à ce constat, il a été décidé, dans la mesure du possible, de rayonner à partir de la commune de référence du projet, puis au fil des acteurs rencontrés, de se laisser guider vers d'éventuels nouveaux contacts.

Conclusion de la troisième partie

La politique de soutien aux maisons de santé est principalement une politique d'accompagnement aux porteurs de projets. Elle nécessite de trouver un écho à l'échelle locale de la part de l'ensemble des acteurs. Les résultats illustrent l'importance de cette échelle dans la mise en place et la capacité à s'approprier cette politique, avec des spécificités régionales, départementales et locales. Ces résultats confirment ainsi l'hypothèse de la déclinaison d'un dispositif national de manière différenciée selon les territoires.

Cette partie témoigne de l'importance des systèmes d'acteurs dans les dynamiques territoriales des maisons de santé. Cette clé de lecture a révélé différents contextes régionaux, départementaux et locaux, facilitateurs ou non, dans lesquels émergent ou non des maisons de santé. Ces structures constituent à cet égard un marqueur territorial judicieux dans l'appréhension des dynamiques territoriales.

Les éléments facilitateurs pour l'émergence d'un projet de maison de santé sont multiples, dépendent de plusieurs échelles géographiques et peuvent s'additionner. Ainsi la politique régionale et départementale influencent l'échelle locale en l'accompagnant, mais ne sont pas déterminantes. A l'échelle locale, l'adhésion des professionnels de santé au projet apparaît indispensable quand il est porté par les élus, ainsi que la présence d'un leader charismatique.

Les facteurs de blocage d'un projet sont aussi multiples mais dépendent davantage de l'échelle locale. Il peut s'agir de facteurs humains, de facteurs financiers ou de contraintes réglementaires. L'incidence des niveaux supras peut se faire ressentir dans le degré d'accompagnement des projets locaux.

Les dynamiques territoriales des maisons de santé, dont on a vu la manière dont elles sont façonnées, ne sont encore que peu connues au regard de leurs effets sur les territoires. La partie suivante questionne ainsi l'effet des structures sur la démographie médicale et sur les territoires, à partir d'approches quantitatives et qualitatives.

Partie 4 Les maisons de santé au sein des dynamiques spatiales et territoriales d'offre de soins

Les parties précédentes ont décrit l'implantation des maisons de santé et les dynamiques territoriales associées. Ces éléments illustrent dans quelle mesure, l'espace et le territoire, contribuent à la mise en place de ces structures.

Cette quatrième partie a pour objectif de comprendre la manière dont les maisons de santé participent en retour aux dynamiques spatiales et territoriales et ainsi d'analyser la manière dont elles s'inscrivent plus généralement dans ces dynamiques.

Il s'agit de tester les hypothèses selon lesquelles les maisons de santé ont des effets sur l'offre de soins, sur les territoires et les équilibres entre acteurs.

Plusieurs temps composent cette partie. Un état de l'art récapitule, d'une part, les connaissances sur les effets des maisons de santé et, d'autre part, les méthodes utilisées pour mesurer les effets d'un dispositif (Chapitre 1). Cette première étape alimente la construction de la méthode d'étude des effets des maisons de santé (Chapitre 2). Les résultats à l'échelle nationale (Chapitre 3) puis à l'échelle locale (Chapitre 4) sont enfin présentés.

Chapitre 1 Les connaissances sur les effets des maisons de santé et les méthodes d'évaluation d'un dispositif

1.1 Des connaissances sur les maisons de santé commencent à émerger

De nombreuses monographies, quelques enquêtes et des thèses de médecine générale apportent des premiers éléments de connaissances sur les maisons de santé et leurs effets.

Les monographies proviennent de nombreux acteurs. A l'échelle nationale, des parlementaires, des chercheurs, des accompagnateurs (FFMPS, MSA) ou des financeurs (Datar) en ont réalisé. A l'échelle régionale, les conseils régionaux, les anciennes Urcam, les ARS ou encore les fédérations régionales de maisons de santé en ont mené. Par ailleurs, de nombreux reportages de presses régionales participent à informer sur ces structures. Il est ainsi, possible de dresser un premier panorama des principaux effets connus.

1.1.1 Maisons de santé et disponibilité de l'offre de soins

Dans l'ensemble, les différentes monographies montrent l'arrivée de nouveaux professionnels de santé dans les maisons de santé ou le maintien de ceux préexistants (Chevillard, 2011 ; De Haas, 2011 ; Fournier, 2014 ; Pôle européen de santé, 2009) et une plus grande accessibilité horaire de ces structures (Bourgueil *et al.*, 2009c).

Toutefois, quelques maisons de santé ou maisons médicales nouvellement construites restent inoccupées (Bienvault, 2011). Parfois les élus ont construit sans consulter les professionnels de santé (Juilhard *et al.*, 2010), ou bien la localisation du site entraîne des blocages (Chevillard, 2010), ou encore des structures nouvellement ouvertes recherchent toujours des médecins (*cf.* annexes). Les conditions d'échecs ont été identifiées (De Haas, 2011 ; Delanoé, 2011) : une non concertation entre élus et professionnels de santé, des élus en concurrence pour attirer des professionnels de santé, ou la duplication d'un même projet partout.

L'exemple de Torfou près de Cholet en est illustratif (Quarante, 2013). L'ouverture d'une maison de santé a entraîné la fermeture de cabinets de médecins dans deux communes. Les élus concernés ont alors pris l'initiative d'accueillir deux médecins roumains augmentant ainsi le nombre de médecins du territoire et menaçant l'activité de la maison de santé. Pour les médecins la viabilité du projet est en jeu, tandis que les élus veulent maintenir une offre de proximité. Cet exemple illustre les intérêts parfois contradictoires entre acteurs.

1.1.2 Maisons de santé et fonctionnement interne : une coordination inachevée mais un meilleur suivi pour certains patients

L'exercice en groupe, pluriprofessionnel et coordonné, peut engendrer des problèmes liés à la coopération (souci d'autonomie, attachement au paiement à l'acte) et au management de la structure (Huard, 2014).

Le projet de santé prévoit notamment la coordination entre professionnels de santé. Or, celle-ci apparaît encore insuffisante. Par exemple, peu de réunions pluriprofessionnelles sont organisées ou l'échange d'information demeure informel (Bourgueil *et al.*, 2009c ; Dellandrea, 2013). Par ailleurs, des actions de prévention et la formalisation de l'éducation thérapeutique des patients demeurent parcellaire dans certaines régions (Pôle européen de santé, 2009).

Les principaux thèmes de coopération observés sont le diabète et l'hypertension (Bourgueil *et al.*, 2009c). Un certain nombre d'actions et de services pluriprofessionnels au sein de la structure mais aussi avec des institutions sanitaires et médico-sociales environnantes ont été développés dans certaines structures (Fournier *et al.*, 2014). Par exemple, ont été mises en place, dans le cadre du projet de santé, des actions pour le suivi des maladies chroniques (Alzheimer, diabète, troubles statiques), des actions de prévention (vaccination), de dépistage (cancers, risque cardio-vasculaire) ou encore d'éducation thérapeutique du patient (mise en place de formation ou articulation avec des réseaux existants). Ainsi, les patients diabétiques bénéficient d'un meilleur suivi dans ces structures (Bourgueil *et al.*, 2009c ; Bourgueil et Mousquès, 2014).

1.1.3 Des fragilités juridiques et financières qui demeurent

Le sénateur Juilhard pointait déjà la fragilité juridique des maisons de santé (Encadré 8). Par ailleurs, ces structures regroupent des professions dont les cadres conventionnels sont spécifiques, voir s'opposent et ne sont pas conçus pour l'exercice en groupe (Moret-Bailly, 2010 ; Mousquès, 2011), auxquels s'additionnent des contradictions : secret professionnel vs partage d'information, indépendance d'exercice et concurrence entre professionnels de santé libéraux (CAS, 2011). Le rapport Hubert (2011) dénonçait ainsi « *des archaïsmes déontologiques* » qui occasionnent la fragilité juridique de l'exercice regroupé.

Ces problèmes se traduisent, par exemple, par la difficulté à mettre en place des forfaits structures. La loi Fourcade de 2011 a instauré les Sociétés Immobilières de Soins Ambulatoires (SISA) pour répondre en partie à cet écueil. Néanmoins, les SISA ajoutent parfois de la complexité car elles s'additionnent à d'autres formes juridiques préexistantes. Par exemple, les professionnels de santé d'une maison de santé sont regroupés dans une SCI à laquelle se greffe une SISA pour verser des forfaits financiers aux professionnels concernés.

La vulnérabilité économique de l'exercice regroupé est régulièrement pointée (Juilhard, 2010 ; Hubert, 2011 ; Lemoine, 2013) et s'explique par un coût de fonctionnement plus élevé pour les professionnels y exerçant comparativement à un cabinet individuel ou de groupe (De Haas, 2011). Ce surcoût sert néanmoins à rendre le cadre de travail plus attractif. Il faut donc que cette attractivité

d'exercice soit supérieure à l'attractivité financière dans les critères d'installation des jeunes médecins, afin que ces structures les attirent.

Encadré 8 - Extrait du Rapport Juilhard (2010)

« les montages des maisons et pôles de santé sont divers (SEL, SCM, GIE, association loi 1901...) et souvent complexes car ils obligent à distinguer la structure qui reçoit des fonds pour l'investissement, celle qui reçoit des fonds pour le fonctionnement et celle (parfois plusieurs) qui gère les répartitions des rémunérations entre les professionnels. De plus, les modalités peuvent varier fortement selon la nature de l'investisseur (public, privé) et la nature de l'engagement financier des professionnels (investissement de « parts » ou simple location) ».

1.1.4 Les maisons de santé suscitent quelques inquiétudes...

Les maisons de santé sont relativement récentes dans le paysage sanitaire français et des questionnements émergent sur leurs potentiels effets négatifs : la concentration de l'offre de soins au détriment de la proximité, un coût important pour les collectivités locales ou encore la disparition d'une médecine de famille.

1.1.4.1 La crainte d'une concentration excessive de l'offre de soins au détriment de la proximité

Une des principales craintes avancées, est que les maisons de santé monosites participent à concentrer l'offre de soins, notamment en entraînant la fermeture de cabinets périphériques (Juilhard *et al.*, 2010 ; Hubert, 2011 ; Maurey, 2013), « asséchant ainsi le territoire alentour » (Autès, 2009) et éloignant les professionnels de santé de certains de leurs patients. Ces effets seraient d'autant plus problématiques qu'il s'agit bien souvent de territoires ruraux où la population est plus âgée et moins mobiles (Autès, 2009). Le risque est également grand pour les pharmacies dont l'activité dépend des cabinets périphériques. Des projets sous forme de pôles avec des antennes sont ainsi des solutions possibles (Autès, 2009 ; Hubert, 2011).

1.1.4.2 Un coût pour la collectivité encore inconnu

Les maisons de santé sont en partie financées par des fonds publics et se soldent parfois par des échecs. Ainsi, il existe des maisons de santé inoccupées dont la facture peut atteindre le million d'euros (Juilhard *et al.*, 2010) ou bien des maisons de santé « dans des endroits où, pourtant, il n'y avait pas de fragilité le justifiant » (Hubert, 2011).

Il est possible d'envisager des solutions moins onéreuses que la construction d'un bâtiment. Ainsi, la mise en place de plate-forme de télé santé est en tout état de cause moins onéreuse qu'une maison de santé et pourrait s'avérer judicieuse à certains endroits (Bruguières, 2011).

1.1.4.3 La crainte de la disparition d'une médecine de famille

Une enquête auprès de médecins généralistes lorrains met en évidence leur scepticisme vis-à-vis de cette forme d'exercice (Gonnand, 2012). Ils y voient notamment une remise en cause du principe

d'indépendance du médecin, une perte de la relation privilégiée avec la patientèle, la disparition du modèle de médecin de famille et un mode d'exercice qui ne peut convenir à tous.

1.2 Principes et méthodes de l'évaluation d'un dispositif

Tenter d'évaluer les effets des maisons de santé, nécessite de définir les principes de l'évaluation, les méthodes disponibles et celles adaptées à notre questionnement.

1.2.1 Définitions : dispositif, politique, programme, évaluation

Le vocable de politique publique recouvre plusieurs réalités. Des auteurs proposent de parler d'action publique qui comprend des **politiques**, **dispositifs** ou **programmes publics**. Son évaluation a alors pour objet « *d'en apprécier la valeur au regard de certains critères, comme la pertinence, l'efficacité, l'efficience..., notamment dans le but d'apporter des connaissances pour aider à la décision et éclairer le débat public* » (Fouquet, 2010). On peut aussi vouloir évaluer des dispositifs publics ou non, qui sont alors « *des projets, actions, mesures, politiques, programmes mis en place par une organisation, en réponse à un diagnostic d'une situation problématique* » (Van der Linden, 2011). Les méthodes d'évaluation sont aujourd'hui très fréquemment utilisées pour estimer les effets des interventions publiques en matière de santé, d'éducation ou d'emploi (Fougère, 2010).

1.2.2 Les principes de l'évaluation d'un dispositif

Le principe d'une évaluation est d'estimer un contrefactuel, c'est-à-dire « *la situation qui aurait prévalu en l'absence du programme que l'on souhaite évaluer* » (Givord 2010). La démarche repose sur le postulat du modèle causal de Neyman-Rubin (Rubin, 1974) selon lequel l'impact d'une « politique » ne peut se mesurer que par la différence entre le résultat observé avec ou sans intervention.

Or, l'effet causal a une caractéristique centrale : il est inobservé. De la sorte, on observe pour chaque individu qu'une seule des deux situations : avec et sans participation au dispositif. Pour mesurer l'impact du dispositif, l'enjeu des différentes méthodes d'évaluation est de reconstruire cette situation inobservée (Crepon, 2009).

1.2.3 Les méthodes d'évaluation

Une première méthode consiste à analyser l'évolution d'un indicateur avant et après la mise en place d'un programme. Néanmoins, cette méthode est sujette à la variabilité de l'indicateur dans le temps et ne permet donc pas de distinguer clairement l'effet de l'action de celui d'autres phénomènes variant au cours du temps (Givord, 2010 ; Van der Linden, 2011).

Une autre méthode, celle des « groupes de contrôle » (ou groupes témoins), consiste à comparer les bénéficiaires d'un dispositif (individus, ménages, espaces) avec des non-bénéficiaires. Cela pose la question du biais de sélection : les bénéficiaires d'un programme et ceux n'en bénéficiant pas ne sont pas forcément identiques. Ce biais de sélection est un problème central de l'évaluation et des méthodes existent pour le limiter (Crépon, 2009 ; Givord, 2010 ; Van der Linden, 2011).

Le modèle en « différence de différences » combine les méthodes de comparaison en « avant-après » et celles des comparaisons entre les bénéficiaires du dispositif et les non-bénéficiaires (groupe contrôle). La méthode est composée de trois temps (Van der Linden, 2011). En premier, la collecte des données sur le groupe de participants et de non-participants avant et après l'action. Ensuite, on calcule la moyenne d'un indicateur de résultats avant et après la participation en distinguant les deux groupes. Enfin, pour mesurer l'impact, on compare les tendances de l'indicateur pour les participants à celles des non participants. L'utilisation de ce modèle doit se faire sur des effectifs suffisants pour ne pas avoir de problèmes d'inférence (Donald et Lang, 2007). La « différence de différences » permet ainsi d'éliminer deux biais : celui des différences initiales (effet de sélection) et celui de l'évolution du système (effet temporel) (Imbens et Wooldridge, 2009).

1.2.4 L'évaluation qualitative : une autre possibilité

L'approche monographique constitue également un outil d'évaluation (Bongrand et Laborier, 2005). Elle permet « *le recoupement de l'ensemble des observations dans différents cadres, [...] d'alimenter le jugement et d'apporter des constats* » (Genin, 2011). Son principal point fort est qu'elle décrit des processus et cerne la complexité de la politique mise en œuvre grâce au recueil des acteurs. Elle concourt aussi à donner la parole à des acteurs moins entendus (Genin, 2011).

1.3 Conclusion du chapitre : l'intérêt de tenter d'évaluer les effets des maisons de santé

Les maisons de santé perçoivent des financements publics multiples (partie 1). En ce sens, elles apparaissent comme le résultat d'un ensemble de dispositifs soutenant leur construction et leur fonctionnement. Ces dispositifs participent *in fine* à la même politique : le déploiement des maisons de santé.

Cette thèse apporte déjà des éléments d'appréciations de la politique des maisons de santé au regard de leur répartition spatiale et de leur implantation (partie 2). De nombreuses monographies de maisons de santé existent et indiquent leurs effets locaux. Néanmoins, il n'existe aucune étude globale, du moins à notre connaissance, questionnant les effets des maisons de santé sur l'offre de soins. La tentative d'évaluation des effets des maisons de santé, sur le maintien et le renouvellement d'une offre de soins, est ainsi pertinente au regard des objectifs initiaux de ces structures.

Chapitre 2 Une méthodologie pour évaluer l'évolutions de l'offre de soins dans les espaces avec des maisons de santé et leurs effets locaux

La revue de la littérature a présenté différentes méthodes pour évaluer des dispositifs. Elles sont ici discutées afin de tenter d'évaluer les effets des MSP sur l'offre de soins et sur les territoires.

2.1 Objectifs

Cette partie a pour objectif d'étudier la manière les dynamiques spatiales et territoriales dans lesquelles s'inscrivent les maisons de santé. Plusieurs questionnements sont posés sur les MSP :

- permettent-elles de maintenir une offre de médecins généralistes libéraux et d'attirer des jeunes médecins généralistes ?
- entraînent-elles une concentration de l'offre de médecins généralistes et une augmentation des distances à ceux-ci ?
- Quelle plus-value apportent-elles aux populations par rapport à l'offre de soins préexistante ?
- Améliorent-elles l'attractivité du territoire ? Engendrent-elles de nouveaux rapports entre les acteurs ?

Ces questionnements visent à tester plusieurs hypothèses sur le rôle de maisons de santé dans les dynamiques spatiales et territoriales. Ainsi nous démontrerons qu'elles ont des effets :

- sur l'offre de soins : en permettant d'attirer et de maintenir des médecins généralistes libéraux et en concentrant l'offre de soins ;
- sur les territoires et reconfigurent certains équilibres entre acteurs.

Afin de répondre à ces questionnements la méthodologie s'inspire du cadre d'analyse vu précédemment : une approche quantitative et une qualitative.

2.2 Matériel et méthode

2.2.1 Les données utilisées

Le recensement des maisons de santé utilisé est celui de celles en fonctionnement au 1er janvier 2013 (291 structures) car il apporte une cohérence avec la période d'étude des données du Sniiram dont nous disposons (2004 à 2012).

Les données du recensement de la population sont actualisées annuellement par l'Insee depuis 2006. Il n'existe pas de date intermédiaire entre 1999 et 2006, eu égard aux méthodes de recensement de l'Insee qui opérait alors un recensement tous les 5 ans. Ainsi, les densités de médecins généralistes libéraux sont calculées pour 2004 avec la population de 2006, pour 2008 avec la population de la même année et pour 2012 avec la population de 2010.

Enfin, les entretiens menés en Midi-Pyrénées et Lorraine servent de matériel pour étudier la place des maisons de santé dans l'émergence de nouvelles dynamiques territoriales.

2.2.2 Méthodologie

Deux approches sont mobilisées pour étudier la place des maisons de santé dans les dynamiques spatiales d'offre de soins et les dynamiques territoriales :

- une quantitative pour analyser à l'échelle nationale la manière dont évolue l'offre de médecins généralistes libéraux dans les espaces avec et sans maisons de santé ;
- une qualitative pour analyser à l'échelle locale les effets des maisons de santé sur les territoires concernés.

2.2.2.1 L'analyse de l'évolution de l'offre de médecins généralistes libéraux dans les zones avec maisons de santé comparativement aux zones sans maisons de santé

La méthode choisie s'inspire des méthodes d'évaluation de politiques publiques et de les appliquer aux espaces français selon la présence ou non de maisons de santé, afin de faire ressortir d'éventuels effets de ces structures.

2.2.2.1.1 Le choix du modèle en « différence de différences »

Nous cherchons à donc à comparer des espaces dans lesquels sont implantés des maisons de santé (les « cas ») à des espaces dépourvus de telles implantations (les « témoins »).

La catégorisation des cas et des témoins constitue un enjeu crucial, pour comparer les uns et les autres à « situations comparables ». Pour répondre à cela, les typologies spatiales ont été mobilisées pour définir des espaces « similaires ». Les témoins sont donc des espaces « similaires » sans maisons de santé, mais dotés de médecins généralistes libéraux.

Il s'agit, ensuite, de mobiliser des données longitudinales, ici sur deux périodes consécutives (2004-2008 et 2008-2012), entre cas et témoins, pour réaliser des calculs en « différence de différences ».

2.2.2.1.2 La définition d'une date charnière marquant l'avant et l'après maisons de santé

L'année **2008** est choisie comme **date charnière** car elle marque l'accélération de la politique de soutien aux maisons et pôles de santé (Afrite *et al.*, 2013). En effet, les États généraux de l'offre de soins (Egos) se sont déroulés en 2008, préfigurant la loi HPST dans laquelle sont définis les maisons et pôles de santé. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale de 2008 prévoit également le financement d'expérimentation des nouveaux modes de rémunération destinés aux maisons, pôles et centres de santé. De plus, les structures financées par le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (Fiqcs) augmentent significativement à partir de 2008 (Fiqcs, 2009) et les maisons et pôles de santé sont fréquemment présentés comme une solution aux problèmes de démographie médicale dès 2007 (Juilhard, 2007) et dans les nombreux rapports qui suivront (cf. partie 1).

Le calcul en « différence de différences » peut être formalisé de la façon suivante dans une régression linéaire (Bertrand, 2004) :

$$Y_i = \beta_0 + \beta_1 \cdot \text{APRES} + \beta_2 \cdot \text{CAS} + \beta_3 \cdot \text{APRES} \cdot \text{CAS} + \varepsilon_i$$

Avec Y_i , la densité ou son évolution, APRES une variable prenant la valeur 0 pour l'avant et 1 pour l'après, CAS une variable prenant la valeur 0 pour les témoins et 1 pour les cas.

Les paramètres ainsi estimés sont présentés de la sorte dans les tableaux de résultats (Figure 19):

Figure 19 - L'analyse de l'évolution de la densité de médecins généralistes dans les zones avec et sans maisons de santé

		2004-2008			2008-2012			Différence de différences
		Témoin	Cas	Différence avant	Témoin	Cas	Différence après	
Champ	Densité de médecins généralistes - moyenne	β_0	$\beta_0 + \beta_2$	β_2	$\beta_0 + \beta_1$	$\beta_0 + \beta_1 + \beta_2 + \beta_3$	$\beta_2 + \beta_3$	β_3

2.2.2.1.3 Des ajustements méthodologiques nécessaires

Des regroupements de classes, selon le niveau de densité en médecins généralistes, ont été nécessaires afin de constituer des échantillons « cas » de taille suffisante et homogènes. Ainsi nous regroupons, selon que le bassin de vie est défavorisé en matière d'offre de soins (classes 3 et 4), défavorisé en matière de besoin de soins mais avec une offre satisfaisante (classes 5 et 6), favorisé en matière de besoin mais avec une offre moindre (classes 1 et 2). A l'échelle des pseudo-cantons, des analyses similaires ont été menées regroupant les classes selon que le pseudo-canton soit défavorisé en offre de soins (classes 1, 2 et 4), médian (classes 3 et 7) ou favorisé (classes 5 et 6). Les effectifs étant restreints pour les pseudo-cantons, même après regroupement des classes, les résultats doivent être pris avec précaution.

2.2.2.1.4 Une analyse de l'évolution de l'offre de médecins généralistes libéraux en tendance et en prenant compte de la date charnière

Une fois les cas et les témoins définis, l'analyse porte sur l'évolution de plusieurs indicateurs avant et après la mise en place des maisons de santé, de deux manières différentes :

- au regard de la situation de l'indicateur en 2004 puis en 2012,
- selon l'évolution de l'indicateur (différence) sur deux périodes consécutives avant et après la date charnière : 2004-2008 et 2008-2012.

Ces deux méthodes apportent deux informations différentes. Une analyse menée seulement au regard de la situation en 2004 et 2012 ne fait pas ressortir le moment charnière de la politique, mais apporte une vision globale de l'évolution de l'indicateur sur l'ensemble de la période. L'étude de l'évolution de l'indicateur avant et après la date charnière (2008), fait ressortir d'éventuelles inflexions de la dynamique étudiée et celle des espaces avec et sans MSP. L'évolution de l'indicateur entre les deux périodes est calculée selon une différence brute (qui dépend du niveau initial) et non un taux d'accroissement ou de diminution.

2.2.2.1.5 L'utilisation de trois indicateurs pour décrire l'offre de médecins généralistes libéraux

Pour tenter d'évaluer l'impact des maisons de santé nous analysons la différence de l'évolution de la densité de médecins généralistes avant (2004-2008) et après (2008-2012) la mise en place de maisons de santé, pour le groupe des cas et pour celui des témoins. Nous calculons ensuite la différence entre cas et témoins c'est-à-dire la « différence de différences ». La même démarche est menée entre 2004 et 2012.

La même méthode est appliquée à deux autres indicateurs:

- la densité de médecins généralistes libéraux de moins de 45 ans
- et la distance moyenne aux communes équipées médecins généralistes libéraux.

2.2.2.1.6 Le cadre spatial est le même que les typologies

Nous avons retenu le même cadre spatial que celui des typologies pour analyser l'évolution des indicateurs décrits (bassins de vie et pseudo-cantons).

L'évaluation porte sur un échantillon de 10 349 communes équipées de médecins généralistes, regroupées en 1 416 bassins de vie pour l'espace à dominante rurale et 2 189 pseudo-cantons pour l'espace à dominante urbaine. Parmi eux, on compte 183 bassins de vie cas et 1 228 témoins, puis 74 pseudo-cantons cas et 1 752 témoins.

Les analyses sont mises en œuvre avec le logiciel Stata version 10.2, notamment à partir de la commande « diff » récemment développée (Vila, 2012).

Chapitre 3 L'évolution de l'offre de médecins généralistes libéraux avant et après la mise en place des maisons de santé dans les espaces français

Cette partie analyse l'évolution de l'offre de médecins généralistes libéraux consécutivement à la mise en place des maisons de santé dans trois types d'espaces : les espaces à dominante rurale (3.1), un sous-ensemble constitué par ceux en dépeuplement (3.2) et enfin, les espaces à dominante urbaine (3.3).

Elle repose sur l'estimation de l'impact des maisons de santé sur différents indicateurs à partir de calculs en « différence de différences ». Ces résultats complètent ceux menés sur une période d'analyse plus courte (2004-2011), montrant une évolution plus favorable de la densité de médecins généralistes libéraux dans certains espaces avec MSP (Chevallard *et al.*, 2013a, 2013b, 2015).

3.1 Évolution de l'offre de médecins généralistes libéraux avant et après la mise en place des maisons de santé dans les espaces à dominante rurale

3.1.1 L'évolution de la densité des médecins généralistes libéraux

Les résultats montrent une moindre diminution de la densité des médecins généralistes dans certains espaces avec maisons de santé, différence significative dans les bassins de vie les plus défavorisés en offre de soins.

Sur l'ensemble de la période 2004-2012, l'évolution des densités de médecins généralistes n'est pas significativement différente entre les bassins de vie dotés ou non de maisons de santé (Tableau 9). Pour autant, ce constat global nécessite d'être nuancé.

La densité de médecins généralistes en 2012 s'améliore dans les espaces avec des maisons de santé périurbains et ceux favorisés, alors qu'elle se dégrade chez les témoins. Par ailleurs, l'écart de densité entre cas et témoins évolue toujours de manière plus favorable dans les espaces avec maisons de santé :

- il se réduit légèrement dans les bassins de vie touristiques et ceux du rural profond (classes 5 et 6), à la faveur des espaces avec maisons de santé, qui reste néanmoins moins dotés ;
- il s'accroît dans les espaces périurbains et ceux très favorisés (classes 1 et 2) ;
- il s'inverse dans les bassins de vie industriels et agricoles et ceux défavorisés (classes 3 et 4) : les espaces avec maisons de santé sont désormais mieux dotés.

En revanche, la dynamique de l'évolution de la densité de médecins généralistes sur les deux périodes consécutives 2004-2008 et 2008-2012, fait apparaître des différences significatives entre les espaces avec et sans maisons de santé (Tableau 10). Dans l'ensemble des espaces à dominante rurale l'évolution de la densité est négative sur les deux périodes, des différences apparaissent selon les regroupements des classes.

- Dans les espaces périurbains et ceux favorisés (classes 1 et 2), sur la période 2004-2008, l'évolution est positive et significativement plus importante pour les cas et négative pour les témoins. Sur la période suivante, 2008-2012, elle est négative pour les cas et les témoins. Au final, la « différence de différences », non significative, est de 2 médecins généralistes, entre les deux périodes au détriment des bassins de vie accueillant des maisons de santé.
- Dans les espaces industriels et agricoles et ceux défavorisés (classes 3 et 4), la densité diminue pour les cas comme pour les témoins sur la période 2004-2008. En revanche, sur la période 2008-2012, cette tendance est significativement moins défavorable pour les cas comparativement aux témoins. Au final, la « différence de différences », significative, est de 3,5 médecins généralistes pour 100 000 habitants entre les deux périodes au profit des espaces avec des maisons de santé.
- Dans les espaces touristiques et ceux du rural profond (classes 5 et 6), l'évolution est comparable entre les cas et les témoins et négative sur les deux périodes. Cette évolution négative est cependant plus forte, sur la période 2008-2012 comparativement à la période 2004-2008, témoignant d'une aggravation de la situation dans ces espaces.

**Tableau 9 - Les densités de médecins généralistes libéraux (MGL) en 2004 et 2012
dans les classes de bassins de vie, selon la présence de maisons de santé**

Densités de MGL	2004			2012			
Bassins de vie (classes 1 et 2)	Témoïn	Cas	Diff. avant	Témoïn	Cas	Diff. après	Diff. de Diff.
Moyenne	80.716	82.381	1.665	78.185	85.395	7.210	5.546
Écarts-types	1.065	3.162	3.337	1.065	3.162	3.337	4.719
t	75.77	81.24	0.50	78.34	81.60	3.33	1.18
P> t	0.000	0.000	0.618	0.000	0.000	0.031**	0.240
Effectifs	379	43		379	43		
R-2							0.00805
Bassins de vie (classes 3 et 4)							Diff. de Diff.
Moyenne	80.586	78.906	-1.680	70.660	71.611	0.951	2.631
Écarts-types	0.771	1.821	1.978	0.771	1.821	1.978	2.797
t	104.56	79.66	-0.85	67.71	70.42	-0.35	0.94
P> t	0.000	0.000	0.396	0.000	0.000	0.631	0.347
Effectifs	497	89		497	89		
R-2							0.07229
Bassins de vie (classes 5 et 6)							Diff. de Diff.
Moyenne	110.120	99.445	-10.675	97.746	89.953	-7.793	2.881
Ecart types	1.420	3.716	3.978	1.420	3.716	3.978	5.625
t	77.55	107.25	-2.68	101.41	87.85	-9.95	0.51
P> t	0.000	0.000	0.007***	0.000	0.000	0.050*	0.609
Effectifs	356	52		356	52		
R-2							0.06019
* Moyennes et écarts types estimés par régression linéaire, sans covariables							
*** p<0.01; ** p<0.05; * p<0.1							

**Tableau 10 - Les différences de densités de médecins généralistes libéraux (MGL) entre 2004-2008
et 2008-2012 dans les classes de bassins de vie, selon la présence de maisons de santé**

Différence de densités de MGL	Avant (2004-2008)			Après (2008-2012)			
Bassins de vie (classes 1 et 2)	Témoïn	Cas	Diff. avant	Témoïn	Cas	Diff. après	Diff. de Diff.
Moyenne	-0.639	3.170	3.809	-1.893	-0.156	1.737	-2.072
Écarts-types	0.584	1.733	1.829	0.584	1.733	1.829	2.586
t	-1.09	1.56	2.08	-2.79	0.72	2.68	-0.80
P> t	0.274	0.068	0.038**	0.001	0.928	0.342	0.423
Effectifs	379	43		379	43		
R-2							0.01031
Bassins de vie (classes 3 et 4)							Diff. de Diff.
Moyenne	-3.896	-4.327	-0.431	-6.030	-2.968	3.062	3.494
Écarts types	0.467	1.104	1.199	0.467	1.104	1.199	1.695
t	-8.34	-4.29	-0.36	-8.46	-3.30	2.48	2.06
P> t	0.000	0.000	0.719	0.000	0.007	0.011**	0.040**
Effectifs	497	89		497	89		
R-2							0.01151
Bassins de vie (classes 5 et 6)							Diff. de Diff.
Moyenne	-4.913	-3.557	1.356	-7.460	-5.935	1.525	0.169
Ecart types	0.839	2.196	2.351	0.839	2.196	2.351	3.325
t	-5.85	-4.30	0.58	-7.95	-6.03	1.43	0.05
P> t	0.000	0.106	0.564	0.000	0.007	0.517	0.960
Effectifs	356	52		356	52		
R-2							0.00727

3.1.2 Évolution de la densité de médecins généralistes libéraux de moins de 45 ans

Les résultats mettent en évidence une moindre diminution de la densité de généralistes de moins de 45 ans dans les bassins de vie avec des maisons de santé sur l'ensemble de la période et une dynamique d'évolution similaire après leur mise en place, sauf dans certains bassins de vie.

Dans l'ensemble des espaces à dominante rurale la densité de médecins généralistes libéraux de moins de 45 ans diminue.

Entre 2004 et 2012, la densité de médecins généralistes libéraux de moins de 45 ans diminue dans toutes les classes de bassins de vie. Néanmoins, elle est supérieure en 2012 dans les espaces avec maisons de santé comparativement aux témoins, alors qu'elle était inférieure en 2004. Par ailleurs, la « différence de différences » entre cas et témoins est significative dans les bassins de vie touristiques et ceux du rural profond (classes 5 et 6) en faveur des espaces avec maisons de santé (Tableau 11).

La dynamique d'évolution entre 2004-2008 et 2008-2012 ne montre pas de différences significatives entre cas et témoins (Tableau 12) :

- pour les bassins de vie périurbains et ceux favorisés (classes 1 et 2) la densité diminue pour les cas et les témoins entre 2004 et 2008. Cette tendance est ensuite positive entre 2008 et 2012 pour les cas et les témoins, sans différence significative.
- Les bassins de vie industriels et agricoles et ceux défavorisés (classes 3 et 4) enregistrent une dynamique négative entre 2004 et 2008 pour les cas et les témoins. Elle demeure ainsi sur la période suivante mais de manière moins prononcée.
- Les bassins de vie touristiques et ceux du rural profond (classes 5 et 6) ont une dynamique défavorable entre 2004 et 2008 et significativement différente entre les cas et les témoins, ces derniers connaissant une dégradation plus forte de l'offre. Sur la période 2008-2012 ces espaces connaissent toujours une dynamique négative, mais celle des témoins s'est fortement améliorée comparativement à la période précédente, tandis que, pour les cas l'amélioration est moindre. Au final la « différence de différences » est de 5,2 médecins généralistes libéraux de moins de 45 ans au détriment des espaces avec MSP.

Tableau 11 - Les densités de médecins généralistes libéraux (MGL) de moins de 45 ans en 2004 et 2012 dans les classes de bassins de vie, selon la présence de maisons de santé

Densités de MGL de moins de 45 ans	2004			2012			Diff. de Diff.
Bassins de vie (classes 1 et 2)	Témoïn	Cas	Diff. avant	Témoïn	Cas	Diff. après	
Moyenne	27.739	27.447	-0.292	21.904	26.957	5.053	5.346
Ecart types	0.852	2.560	2.698	0.852	2.560	2.698	3.815
t	32.55	27.62	-0.11	20.89	23.70	1.69	1.40
P> t	0.000	0.000	0.914	0.000	0.000	0.061*	0.162
Effectifs	379	42		379	42		
R-2							0.09561
Bassins de vie (classes 3 et 4)							Diff. de Diff.
Moyenne	20.645	20.028	-0.617	11.277	13.168	1.891	2.508
Ecart types	0.553	1.307	1.419	0.553	1.307	1.419	2.007
t	37.32	20.17	-0.43	3.71	12.58	1.15	1.25
P> t	0.000	0.000	0.664	0.000	0.000	0.183	0.212
Effectifs	497	89		497	89		
R-2							0.11887
Bassins de vie (classes 5 et 6)							Diff. de Diff.
Moyenne	29.700	23.759	-5.941	15.441	17.093	1.652	7.593
Ecart types	0.870	2.292	2.451	0.870	2.292	2.451	3.466
t	34.15	27.11	-2.42	13.31	12.81	-2.84	2.19
P> t	0.000	0.000	0.016**	0.000	0.000	0.500	0.029**
Effectifs	354	51		354	51		
R-2							0.14811

Tableau 12 - Les différences de densités de médecins généralistes libéraux (MGL) de moins de 45 ans entre cas et témoins, entre 2004-2008 et 2008-2012, selon les classes de bassins de vie

Différence de densités de MGL de moins de 45 ans	Avant (2004-2008)			Après (2008-2012)			Diff. de Diff.
Bassins de vie (classes 1 et 2)	Témoïn	Cas	Diff. avant	Témoïn	Cas	Diff. après	
Moyenne	-5.933	-3.050	2.883	0.097	2.560	2.463	-0.420
Ecart types	0.670	2.013	2.122	0.670	2.013	2.122	3.000
t	-8.85	-4.50	1.36	3.07	2.77	2.69	-0.14
P> t	0.000	0.130	0.175	0.885	0.204	0.246	0.889
Effectifs	379	42		379	42		
R-2							0.05369
Bassins de vie (classes 3 et 4)							Diff. de Diff.
Moyenne	-7.581	-6.171	1.409	-1.787	-0.689	1.098	-0.311
Ecart types	0.468	1.107	1.202	0.468	1.107	1.202	1.700
t	-16.18	-6.31	1.17	4.79	-0.66	1.15	-0.18
P> t	0.000	0.000	0.241	0.000	0.534	0.361	0.855
Effectifs	497	89		497	89		
R-2							0.07223
Bassins de vie (classes 5 et 6)							Diff. de Diff.
Moyenne	-10.275	-3.863	6.412	-3.983	-2.802	1.181	-5.232
Ecart types	0.803	2.115	2.262	0.803	2.115	2.262	3.199
t	-12.80	-7.24	2.84	-2.44	-0.04	4.10	-1.64
P> t	0.000	0.068	0.005***	0.000	0.185	0.602	0.102
Effectifs	354	51		354	51		
R-2							0.04331

3.1.3 *Évolution de la distance aux médecins généralistes libéraux*

Les résultats illustrent une augmentation des distances d'accès, non significative, dans les espaces avec maisons de santé, mais une dynamique d'évolution variée selon les types d'espaces.

Dans l'ensemble des bassins de vie et dans les regroupements de classes effectués, les distances moyennes d'accès aux médecins généralistes libéraux ont augmenté entre 2004 et 2012.

Toutefois, il n'apparaît pas de différences significatives entre les espaces avec et sans maisons de santé (Tableau 13). Les distances ont augmenté mais les espaces avec maisons de santé ont des distances plus élevées en 2004 et qui le sont davantage en 2012.

Les dynamiques d'évolution de la distance aux médecins généralistes libéraux sur les périodes 2004-2008 et 2008-2012 sont contrastées (Tableau 14).

- Pour les espaces périurbains et ceux favorisés (classes 1 et 2) il n'y a pas de différences significatives dans l'évolution de la distance entre cas et témoins.
- En revanche, les espaces industriels et agricoles et ceux défavorisés (classes 3 et 4) avec maisons de santé connaissent une augmentation significativement plus importante de la distance que les espaces témoins entre 2004 et 2008 (avant). Cette dynamique est ensuite inversée entre 2008 et 2012 : l'évolution est moins défavorable dans les espaces avec maisons de santé. Au final, la « différence de différences » entre les deux périodes est significative : diminution de 0,15 minute au profit des espaces avec maisons de santé.
- Dans les espaces touristiques et ceux du rural profond (classes 5 et 6) l'augmentation de la distance est nettement plus importante pour les témoins entre 2004 et 2008. En revanche, elle diminue fortement sur la période suivante. Les espaces avec maisons de santé connaissent sur les deux périodes une augmentation des distances d'accès. Au final, la « différence de différences », non significative, est 2,8 minutes au détriment des espaces avec maisons de santé.

Tableau 13 - Les distances temps aux médecins généralistes libéraux (MGL) 2004 et 2012 dans les classes de bassins de vie, selon la présence de maisons de santé

Distance temps au MGL (minutes)	2004			2012			Diff. de Diff.
Bassins de vie (classes 1 et 2)	Témoïn	Cas	Diff. avant	Témoïn	Cas	Diff. après	
Moyenne	1.556	1.859	0.303	1.602	1.957	0.356	0.053
Ecart types	0.062	0.186	0.196	0.062	0.186	0.196	0.278
t	25.09	3.18	1.54	2.29	2.19	0.57	0.19
P> t	0.000	0.000	0.123	0.000	0.000	0.070*	0.850
Effectifs	379	42		379	42		
R-2							0.00716
Bassins de vie (classes 3 et 4)							Diff. de Diff.
Moyenne	2.243	2.433	0.190	2.383	2.625	0.242	0.052
Ecart types	0.049	0.115	0.125	0.049	0.115	0.125	0.177
t	46.10	3.89	1.52	5.12	3.03	0.61	0.30
P> t	0.000	0.000	0.128	0.000	0.000	0.053*	0.768
Effectifs	497	89		497	89		
R-2							0.00977
Bassins de vie (classes 5 et 6)							Diff. de Diff.
Moyenne	2.153	2.983	0.830	2.285	3.172	0.887	0.057
Ecart types	0.085	0.225	0.241	0.085	0.225	0.241	0.340
t	25.20	5.84	3.45	3.70	3.37	1.07	0.17
P> t	0.000	0.000	0.001***	0.000	0.000	0.000***	0.868
Effectifs	354	51		354	51		
R-2							0.03243

Tableau 14 - Les différences de distance temps aux médecins généralistes libéraux entre 2004-2008 et 2008-2012 dans les classes de bassins de vie, selon la présence de maisons de santé

Différence de distance temps au MGL	Avant (2004-2008)			Après (2008-2012)			Diff. de Diff.
Bassins de vie (classes 1 et 2)	Témoïn	Cas	Diff. avant	Témoïn	Cas	Diff. après	
Moyenne	-0.004	0.012	0.016	0.050	0.086	0.037	0.021
Ecart types	0.014	0.041	0.043	0.014	0.041	0.043	0.061
t	-0.30	0.39	0.37	3.97	0.57	0.50	0.34
P> t	0.766	0.769	0.710	0.000	0.034	0.393	0.734
Effectifs	379	42		379	42		
R-2							0.01216
Bassins de vie (classes 3 et 4)							Diff. de Diff.
Moyenne	0.025	0.129	0.104	0.115	0.063	-0.052	-0.155
Ecart types	0.013	0.031	0.034	0.013	0.031	0.034	0.048
t	1.92	3.36	3.07	6.81	-4.77	-4.49	-3.25
P> t	0.055	0.000	0.002***	0.000	0.043	0.127	0.001***
Effectifs	497	89		497	89		
R-2							0.02214
Bassins de vie (classes 5 et 6)							Diff. de Diff.
Moyenne	1.503	0.105	-1.398	-1.371	0.084	1.455	2.853
Ecart types	1.046	2.757	2.948	1.046	2.757	2.948	4.170
t	1.44	1.00	-0.47	-1.24	-1.73	-0.43	0.68
P> t	0.151	0.969	0.636	0.190	0.976	0.622	0.494
Effectifs	354	51		354	51		
R-2							0.00466

3.2 Évolution de l'offre de médecins généralistes libéraux avant et après la mise en place des maisons de santé dans les espaces en dépeuplement

Nous analysons ici les dynamiques d'offre de médecins généralistes dans les bassins de vie en dépeuplement entre 1999 et 2009. Comme nous l'avons vu dans la première partie, ces espaces sont caractérisés par une fragilité particulière et un recul prononcé de l'offre de soins. Il s'agit ici de voir si les maisons de santé sont en mesure d'infléchir cette tendance.

L'échantillon est composé de 187 bassins de vie en dépeuplement : 42 sont dotés de maisons de santé et constituent les « cas » et les 145 restants, sans maisons de santé, constituent les « témoins ». Les bassins de vie dotés de maisons de santé dans les espaces en dépeuplement sont des espaces défavorisés (38 %), du rural profond (45 %) et dans une moindre mesure industriels et agricoles (17 %).

Le calcul en « différence de différences » se fait dans un premier temps sans distinction des espaces en dépeuplement, pour obtenir des échantillons « cas » suffisants. Dans un second temps, l'analyse se fait en regroupant les classes selon les mêmes modalités que précédemment. Néanmoins, les effectifs sont plus réduits et les résultats nécessitent d'être pris avec précaution.

3.2.1 Dans l'ensemble des espaces en dépeuplement les espaces avec maisons de santé n'ont pas d'évolution significativement plus favorable de l'offre de soins

Dans les espaces en dépeuplement, la densité de médecins généralistes (tout âge confondu et pour ceux de moins de 45 ans) diminue entre 2004 et 2012. Dans le même temps, la distance moyenne de la population aux généralistes augmente légèrement.

Les résultats montrent que les espaces en dépeuplement avec maisons de santé n'ont pas de différences significatives d'évolution de la densité de médecins généralistes libéraux (Tableau 15 ; Tableau 16). En effet, il n'y a pas de différences de densités significatives entre 2004 et 2012, entre les cas et les témoins. De la même manière, l'évolution de la densité de médecins, entre les deux périodes 2004-2008 et 2008-2012, n'est pas significativement différente entre cas et témoins. Cependant, il est observé une légère inflexion témoignant d'une évolution moins défavorable dans les espaces avec maisons de santé.

L'évolution de la densité de généralistes de moins de 45 ans ne montre pas de différence significative entre les deux périodes. Toutefois, les espaces avec maisons de santé ont une densité de jeunes généralistes plus élevés en 2012 comparativement aux témoins. L'évolution de la densité de généralistes de moins de 45 ans, alors qu'elle est similaire entre cas et témoins avant la mise en place des maisons de santé, devient positive dans les espaces avec des maisons de santé. Les espaces avec MSP connaissent une augmentation, non significative, des distances d'accès.

Tableau 15 - Densités de généralistes, de généraliste de moins de 45 ans et distance aux généralistes en 2004 et en 2012 dans l'ensemble des espaces en dépeuplement, selon la présence ou non de maisons de santé

	2004			2012			Diff. de
Densité de généralistes	Témoin	Cas	Diff. avant	Témoin	Cas	Diff. après	Diff.
Moyenne	97.734	92.716	-5.018	84.743	80.004	-4.739	0.280
Ecart types	2.247	4.111	4.685	2.247	4.111	4.685	6.626
t	43.50	96.51	-1.07	91.95	79.79	-4.96	0.04
P> t	0.000	0.000	0.285	0.000	0.000	0.312	0.966
Effectifs	144	43		144	43		
R-2							0.06012
Densité de jeunes généralistes							Diff. de
							Diff.
Moyenne	22.874	20.304	-2.571	11.723	12.455	0.732	3.303
Ecart types	1.128	2.089	2.375	1.128	2.089	2.375	3.358
t	20.27	21.64	-1.08	12.99	10.73	-1.18	0.98
P> t	0.000	0.000	0.280	0.000	0.000	0.758	0.326
R-2							0.13246
Distance temps au médecin généraliste							Diff. de
							Diff.
Moyenne	2.405	2.678	0.274	2.605	2.935	0.330	0.056
Ecart types	0.115	0.212	0.241	0.115	0.212	0.241	0.341
t	20.97	3.69	1.13	4.15	3.14	0.51	0.16
P> t	0.000	0.000	0.257	0.000	0.000	0.172	0.869
R-2							0.01442
* Moyennes et écarts types estimés par régression linéaire, sans covariables							
*** p<0.01; ** p<0.05; * p<0.1							

Tableau 16 - Différences de densités et de distances aux généralistes entre 2004-2008 et 2008-2012 dans l'ensemble des espaces en dépeuplement, selon la présence ou non de maisons de santé

	Avant (2004-2008)			Après (2008-2012)			Diff. de
Différence de densités	Témoïn	Cas	Diff. avant	Témoïn	Cas	Diff. après	Diff.
Moyenne	-6.528	-7.106	-0.577	-6.463	-5.606	0.857	1.434
Ecart types	1.200	2.197	2.503	1.200	2.197	2.503	3.540
t	-5.44	-6.79	-0.23	-6.47	-6.39	-0.00	0.41
P> t	0.000	0.001	0.818	0.000	0.011	0.732	0.686
Effectifs	144	43		144	43		
R-2							0.01403
Différence de densités de généralistes de moins de 45 ans							Diff. de Diff.
Moyenne	-8.990	-8.118	0.872	-2.161	0.270	2.430	1.558
Ecart types	0.956	1.770	2.012	0.956	1.770	2.012	2.845
t	-9.40	-8.50	0.43	-1.85	-0.41	1.65	0.55
P> t	0.000	0.000	0.665	0.024	0.879	0.228	0.584
R-2							0.09378
Différence de distance au médecin généraliste							Diff. de Diff.
Moyenne	1.136	0.212	-0.924	-0.935	0.045	0.980	1.904
Ecart types	0.938	1.736	1.973	0.938	1.736	1.973	2.791
t	1.21	0.60	-0.47	-1.07	-0.76	0.04	0.68
P> t	0.227	0.903	0.640	0.319	0.980	0.620	0.496
R-2							0.00660

3.2.2 Certains types d'espaces en dépeuplement avec maisons de santé ont une évolution favorable de la densité de généralistes libéraux

Le manque « d'impact global » des maisons de santé sur les indicateurs étudiés peut s'expliquer par une hétérogénéité interne de l'échantillon des espaces en dépeuplement. Il est nécessaire de distinguer différents types d'espaces en dépeuplement en fonction de la couverture sanitaire initiale : les classes sont regroupées selon le niveau de densité en médecins généralistes : les classes 3 et 4, moins dotées, sont regroupées et la classe 6, mieux dotée, est maintenue. Cette analyse nous conduit à des échantillons « cas » plus restreints (20 et 23), nécessitant une certaine précaution dans l'interprétation des résultats. Ceux-ci apparaissent contrastés.

Dans les bassins de vie industriels et agricoles et ceux défavorisés (classe 3 et 4), les résultats ne montrent pas d'évolution significativement différente entre cas et témoins sur la période 2004-2012. Cependant, les espaces avec maisons de santé ont, dans ce sous ensemble, une dynamique de l'offre moins favorable (cf. annexes). En revanche, l'évolution avant et après 2008 fait ressortir des différences significatives entre cas et témoins (Tableau 17). Ainsi, l'évolution de la densité de généralistes, négative pour les cas et témoins sur les deux périodes, est amortie de manière significative dans les espaces avec maisons de santé, alors qu'elle s'aggrave dans les espaces sans maisons de santé. La même tendance est observée concernant l'évolution de la densité des généralistes de moins de 45 ans, avec un degré de significativité moindre. Aussi, l'évolution de la distance d'accès est plutôt favorable sur la période après 2008 dans les espaces avec maisons de santé, celle-ci augmentant moins rapidement que pour les témoins.

Dans les bassins de vie en dépeuplement du rural profond, entre 2004 et 2012, on n'observe pas de différences significatives entre les cas et les témoins pour la densité de généralistes et la distance aux généralistes (cf. annexes). Toutefois, les espaces avec maisons de santé ont, en 2012, une densité de médecins de moins de 45 ans significativement plus élevée que les témoins, alors que ce n'était pas le cas initialement. L'analyse de l'évolution des indicateurs entre les deux périodes 2004-2008 et 2008-2012 met en évidence des évolutions de la densité des généralistes, des généralistes de moins de 45 ans et de la distance d'accès davantage défavorables dans les espaces avec maisons de santé, mais de manière non significative (Tableau 18).

Tableau 17 - Différence de densités et d'évolution de la distance au généraliste entre 2004-2008 et 2008-2012 dans les espaces en dépeuplement des classes 3 et 4 (selon la présence ou non de MSP)

	Avant (2004-2008)			Après (2008-2012)			Diff. de
Différence de densités	Témoin	Cas	Diff. avant	Témoin	Cas	Diff. après	Diff.
Moyenne	-2.567	-8.397	-5.830	-7.231	-2.961	4.270	10.101
Ecart types	1.176	2.234	2.525	1.176	2.234	2.525	3.571
T	-2.18	-5.18	-2.31	-6.53	-8.54	-1.83	2.83
P> t	0.030	0.000	0.022**	0.000	0.187	0.092*	0.005***
Effectifs	83	23		83	23		
R-2							0.05029
Différence de densités de jeunes généralistes							Diff. de Diff.
Moyenne	-6.324	-9.989	-3.665	-2.246	-0.071	2.175	5.840
Ecart types	1.142	2.169	2.452	1.142	2.169	2.452	3.467
T	-5.54	-8.01	-1.50	-2.75	-3.22	-1.28	1.68
P> t	0.000	0.000	0.136	0.051	0.974	0.376	0.094*
R-2							0.07561
Différence de distance au MG							Diff. de Diff.
Moyenne	0.049	0.206	0.157	0.179	0.058	-0.122	-0.278
Ecart types	0.040	0.077	0.087	0.040	0.077	0.087	0.122
T	1.23	2.09	1.81	3.27	-3.30	-3.06	-2.27
P> t	0.222	0.008	0.072*	0.000	0.451	0.162	0.024**
R-2							0.03323

Tableau 18 - Différence de densités et d'évolution de distance au généraliste entre 2004-2008 et 2008-2012 dans les espaces en dépeuplement des classes 5 et 6 (selon la présence ou non de MSP)

	Avant (2004-2008)			Après (2008-2012)			Diff. de
Différence de densités	Témoïn	Cas	Diff. avant	Témoïn	Cas	Diff. après	Diff.
Moyenne	-12.397	-5.620	6.776	-5.548	-8.648	-3.099	-9.876
Ecart types	2.422	4.053	4.722	2.422	4.053	4.722	6.678
T	-5.12	-10.72	1.44	-9.57	-1.21	4.69	-1.48
P> t	0.000	0.168	0.153	0.023	0.035	0.513	0.141
Effectifs	56	20		56	20		
R-2							0.03001
Différence de densités de jeunes généralistes							Diff. de Diff.
Moyenne	-13.308	-5.853	7.455	-2.541	0.682	3.223	-4.232
Ecart types	1.682	2.888	3.342	1.682	2.888	3.342	4.727
T	-7.91	-10.73	2.23	-6.91	3.45	6.19	-0.90
P> t	0.000	0.044	0.027**	0.133	0.814	0.337	0.372
R-2							0.16164
Différence de distance au MG							Diff. de Diff.
Moyenne	2.847	0.219	-2.629	-2.678	0.028	2.706	5.335
Ecart types	2.373	4.073	4.714	2.373	4.073	4.714	6.667
T	1.20	2.20	-0.56	0.52	-4.00	-1.50	0.80
P> t	0.232	0.957	0.578	0.261	0.994	0.567	0.425
R-2							0.01824

3.3 Évolution de l'offre de médecins généralistes libéraux avant et après la mise en place des maisons de santé dans les espaces à dominante urbaine

Les analyses menées au sein des espaces à dominante urbaine portent sur un petit nombre de cas. De ce fait, elles sont focalisées sur l'évolution de la densité des médecins généralistes libéraux. Les effectifs de cas plus restreints invitent à une certaine prudence dans l'interprétation des résultats.

Les résultats témoignent d'une amélioration de l'évolution de la densité de médecins généralistes dans les zones d'implantation des maisons de santé pour les espaces moins dotés en offre de soins.

Sur la période 2004-2012, l'évolution des densités de médecins généralistes est différente, bien que non significative statistiquement, entre les pseudo-cantons dotés de maisons de santé et ceux non dotés (Tableau 19). Ainsi, dans les espaces périphériques industriels, ceux rurbains et ceux périurbains (classes 1, 2 et 4) les espaces avec maisons de santé sont désormais mieux dotés en 2012, alors que le niveau était similaire aux témoins en 2004. Pour les centres urbains et les banlieues aisées (classes 5 et 6), l'écart de densité s'accroît à l'avantage des espaces dotés de maisons de santé, déjà mieux dotés en 2004. *A contrario*, cet écart s'inverse dans les espaces touristiques et les villes défavorisées (classes 3 et 7), au détriment des espaces avec maisons de santé.

En revanche, sur les deux périodes consécutives 2004-2008 et 2008-2012, la dynamique de l'évolution de la densité de médecins généralistes fait apparaître des différences significatives entre cas et témoins (Tableau 20).

- Pour les pseudo-cantons défavorisés en offre de soins (classes 1, 2 et 4), sur la période 2004-2008, l'évolution est négative pour les cas et les témoins. En revanche, sur la période 2008-2012, l'évolution reste négative pour les témoins mais devient positive pour les cas. La « différence de différences », significative, y est de plus de 8 médecins généralistes entre les deux périodes et entre cas et témoins.
- Pour les pseudo-cantons dont la dotation est médiane (classes 5 et 6), l'évolution entre 2004 et 2008 est différente : négative pour les témoins, positive pour les cas, mais de manière non significative. Entre 2008 et 2012, l'évolution est négative pour les cas et les témoins, l'écart de dynamique se réduisant au détriment des espaces avec maisons de santé, sans que cela soit significatif.
- Pour les pseudo-cantons plus favorisés en offre de soins (classes 3 et 7), les évolutions sur les deux périodes, sont négatives et non significativement différentes entre les cas et les témoins.

Tableau 19 - Les densités de médecins généralistes libéraux (MGL) en 2004 et 2012 entre cas et témoins selon les classes de pseudo-cantons

Densités de MGL	2004			2012			Diff. de Diff.
Pseudo-cantons (classes 1, 2 et 4)	Témoin	Cas	Diff. avant	Témoin	Cas	Diff. après	
Moyenne	76.432	76.545	0.113	71.978	76.450	4.473	4.359
Ecart types	0.836	4.453	4.531	0.836	4.453	4.531	6.408
t	91.43	76.46	0.02	71.10	73.07	1.08	0.68
P> t	0.000	0.000	0.980	0.000	0.000	0.324	0.496
Effectifs	965	34		965	34		
R-2							0.00732
Pseudo-cantons (classes 3 et 7)							Diff. de Diff.
Moyenne	104.894	101.135	-3.759	99.787	91.197	-8.590	-4.831
Ecart types	1.575	6.571	6.758	1.575	6.571	6.758	9.557
t	66.58	104.32	-0.56	101.65	95.29	-4.47	-0.51
P> t	0.000	0.000	0.578	0.000	0.000	0.204	0.613
Effectifs	435	25		435	25		
R-2							0.00873
Pseudo-cantons (classes 5 et 6)							Diff. de Diff.
Moyenne	86.403	93.252	6.849	81.238	91.014	9.775	2.926
Ecart types	1.410	6.727	6.873	1.410	6.727	6.873	9.720
t	61.26	87.42	1.00	82.74	88.52	7.28	0.30
P> t	0.000	0.000	0.319	0.000	0.000	0.155	0.763
Effectifs	364	16		364	16		
R-2							0.01265

Tableau 20 - Les évolutions de densités de médecins généralistes libéraux (MGL) entre 2004-2008 et 2008-2012 dans les classes de pseudo-cantons selon la présence de maisons de santé

Différence de densités de MGL	Avant (2004-2008)			Après (2008-2012)			Diff. de Diff.
Pseudo-cantons (classes 1, 2 et 4)	Témoin	Cas	Diff. avant	Témoin	Cas	Diff. après	
Moyenne	-1.340	-3.352	-2.013	-3.115	3.257	6.372	8.385
Ecart types	0.461	2.455	2.498	0.461	2.455	2.498	3.533
t	-2.91	-2.16	-0.81	-5.19	-1.71	1.34	2.37
P> t	0.004	0.172	0.420	0.000	0.185	0.011**	0.018**
Effectifs	965	34		965	34		
R-2							0.00626
Pseudo-cantons (classes 3 et 7)							Diff. de Diff.
Moyenne	-0.678	-1.205	-0.527	-4.429	-8.734	-4.305	-3.778
Ecart types	0.977	4.075	4.191	0.977	4.075	4.191	5.927
t	-0.69	-0.81	-0.13	-4.52	-5.88	-1.43	-0.64
P> t	0.488	0.768	0.900	0.000	0.032	0.305	0.524
Effectifs	435	25		435	25		
R-2							0.01052
Pseudo-cantons (classes 5 et 6)							Diff. de Diff.
Moyenne	-1.506	0.738	2.244	-3.659	-2.976	0.682	-1.561
Ecart types	0.581	2.770	2.830	0.581	2.770	2.830	4.002
t	-2.59	-0.70	0.79	-5.21	-1.98	1.69	-0.39
P> t	0.010	0.790	0.428	0.000	0.283	0.810	0.697
Effectifs	364	16		364	16		
R-2							0.01087

3.4 Discussion

3.4.1 *L'intérêt de typologies spatiales et du modèle en « différence de différences » pour évaluer une politique territorialisée*

A notre connaissance, la définition de témoins à partir de typologies spatiales constitue une innovation méthodologique et une voie prometteuse dans l'évaluation de politiques publiques à visée territoriale. Cette méthode permet, nous l'avons vu, d'étudier l'évolution d'indicateurs dans des espaces « similaires », donc davantage comparables, avant et après la mise d'une politique. Celle-ci doit cependant se faire dans des conditions particulières, notamment l'élaboration de cas et témoins le plus similaires possibles.

3.4.2 *La faiblesse des effectifs de maisons de santé implique des impératifs méthodologiques*

En 2013, 291 maisons de santé sont recensées. Une fois réparties dans les 13 classes définies par les deux typologies, certains types d'espaces comptent peu de maisons de santé (moins de 30 observations) et empêchent des analyses statistiques robustes. Il a donc été choisi de regrouper les classes selon l'une des dimensions centrales de la typologie, leur niveau de densité de médecins généralistes libéraux.

Des regroupements de classes nécessaires

Ces regroupements introduisent une plus grande hétérogénéité intra-classe pour les cas comme pour les témoins et interrogent ainsi la robustesse des témoins. Des dynamiques surprenantes, hétérogènes, sont observées et interrogent la pertinence de ce regroupement. Au sein de ces espaces, des différences parfois importantes sont observées, entre les cas et les témoins, comme sur la situation initiale (en 2004), ainsi que sur la dynamique d'évolution de plusieurs indicateurs.

Les différents regroupements sont analysés selon leur degré d'homogénéité et d'hétérogénéité au moment de la situation initiale (2004) et sur leur dynamique avant la mise en place de la politique (2004-2008). A cet égard et pour les bassins de vie, les espaces industriels et agricoles et ceux défavorisés apparaissent homogènes au regard des différents indicateurs, à l'exception de l'évolution de la distance au médecin entre 2004 et 2008. Ils constituent, en ce sens, de bons cadres d'analyse pour une approche cas-témoins. Il en est de même pour les pseudo-cantons périphériques industriels, ceux rurbains et ceux périurbains. Ces dynamiques spatiales au sein d'espaces sous dotés suggèrent une organisation spécifiques nécessitant d'être étudiée au cours de terrains, afin de comprendre les effets réels de ces structures.

En revanche, les regroupements des bassins de vie touristiques et de ceux du rural profond apparaissent hétérogènes sur tous les indicateurs, tandis que ceux périurbains et ceux favorisés sont s'opposent sur l'évolution de la densité entre 2004 et 2008. Pour les pseudo-cantons, les autres regroupements effectués sont aussi hétérogènes.

Une analyse classe par classe montre l'intérêt d'effectifs supérieurs

Pour approfondir ce constat, une analyse a été menée classe par classe pour les bassins de vie, quand les effectifs l'autorisaient (supérieur à 30), soit les espaces périurbain, ceux industriels et agricoles, ceux défavorisés et ceux du rural profond (cf. annexes). Elle révèle que dans l'ensemble, les cas et les témoins se ressemblent davantage au regard de la situation initiale et de la dynamique avant la mise en place des maisons de santé. Toutefois, pour chaque modèle le r^2 est faible, voir plus faible qu'en regroupant les classes, témoignant d'un moindre ajustement du modèle.

Ainsi, seule la classe du « rural profond » présente des différences notables entre cas et témoins selon la situation initiale. Au regard de l'évolution avant (2004-2008), les différences entre cas et témoins sont importantes pour les espaces périurbains et ceux du rural profond, tandis que les espaces industriels et agricoles et ceux défavorisés, sont des cas et des témoins assez similaires. Le rural profond constitue la classe pour laquelle les cas et témoins sont les plus hétérogènes lors de la situation initiale.

L'essor du nombre de maisons de santé et donc de l'échantillon renforcera le modèle, en évitant le regroupement des classes. Il apportera aussi une discussion plus nourrie sur la robustesse des témoins élaborés, classe par classe. Le nouveau recensement comptabilise 436 structures, dont celles ouvertes en 2013 et 2014. Une analyse avec ces structures serait possible, seulement avec un nouveau jeu de données du Sniiram correspondant à ces années, non disponible à ce jour.

3.4.3 Quels zonages d'analyses sont pertinents pour étudier l'évolution de l'offre de soins ?

Dans l'espace à dominante urbaine, l'analyse à l'échelle du pseudo-canton empêche une description fine de l'espace urbain dense. Aucune différence significative d'évolution de la densité médicale n'est observée pour ces espaces, soulignant en partie les limites de cette échelle au sein d'un environnement urbain dense et étoffé en offre de soins. Il serait plus judicieux d'analyser l'évolution infra-urbaine de la densité médicale à l'échelle de l'Iris. Cette échelle n'est pour le moment pas mobilisable, faute d'enregistrement des adresses des MSP.

Toutefois, les résultats pour d'autres classes de pseudo-cantons, plus périphériques, semblent bien saisir une réalité sur l'évolution de la densité. Ceci suggère que le pseudo-canton est intéressant pour étudier, au sein des espaces à dominante urbaine, les espaces moins denses périphériques correspondant au périurbain.

Dans l'espace à dominante rurale, les bassins de vie constituent un niveau d'analyse pertinent. D'une part ils saisissent des réalités statistiques, et, d'autre part, leur définition correspond à une réalité structurelle pertinente pour l'étude du milieu rural (partie 2). Pour autant, les bassins de vie sont très étendus dans les espaces faiblement peuplés comme en Champagne-Ardenne, en Bourgogne, au sud de la région Centre, dans les Landes et les régions montagneuses. L'analyse des terrains montre par ailleurs que les bassins de vie ne saisissent pas certaines réalités locales : pluralité de l'offre, multipolarité, jeux d'acteurs (partie 3).

La définition de bassins de services intermédiaires par l'Insee en 2003 permettait de redécouper les plus grands bassins de vie en prenant en compte plusieurs polarités. Ce zonage n'a pas été réactualisé avec les nouveaux bassins de vie, contraignant ainsi à l'utilisation de l'ancien zonage.

Une étude à l'échelle des intercommunalités pourrait être intéressante et apporterait aussi, une adéquation de zonage entre le financeur et le projet. Les intercommunalités sont en effet le principal acteur concerné par le volet immobilier des maisons de santé. Cette éventualité nécessiterait une distinction entre les intercommunalités urbaines et rurales.

Enfin, le canton constitue un niveau de proximité cité par bon nombre d'acteurs rencontrés. Pour les bassins de vie les plus étendus, cette échelle d'analyse pourrait constituer une approche complémentaire intéressante.

3.4.4 La description de l'objet « maison de santé » nécessite d'être affinée

Certains bassins de vie ou pseudo-cantons regroupent plusieurs maisons de santé (Carte 24). La prise en compte de leur nombre, pourrait aussi être une amélioration à apporter pour mieux décomposer l'impact mesuré. Cette question renvoie au niveau d'analyse pertinent pour étudier ces structures : si un bassin de vie possède plusieurs maisons de santé, n'est-il pas plus pertinent d'étudier leur impact à un niveau plus fin ?

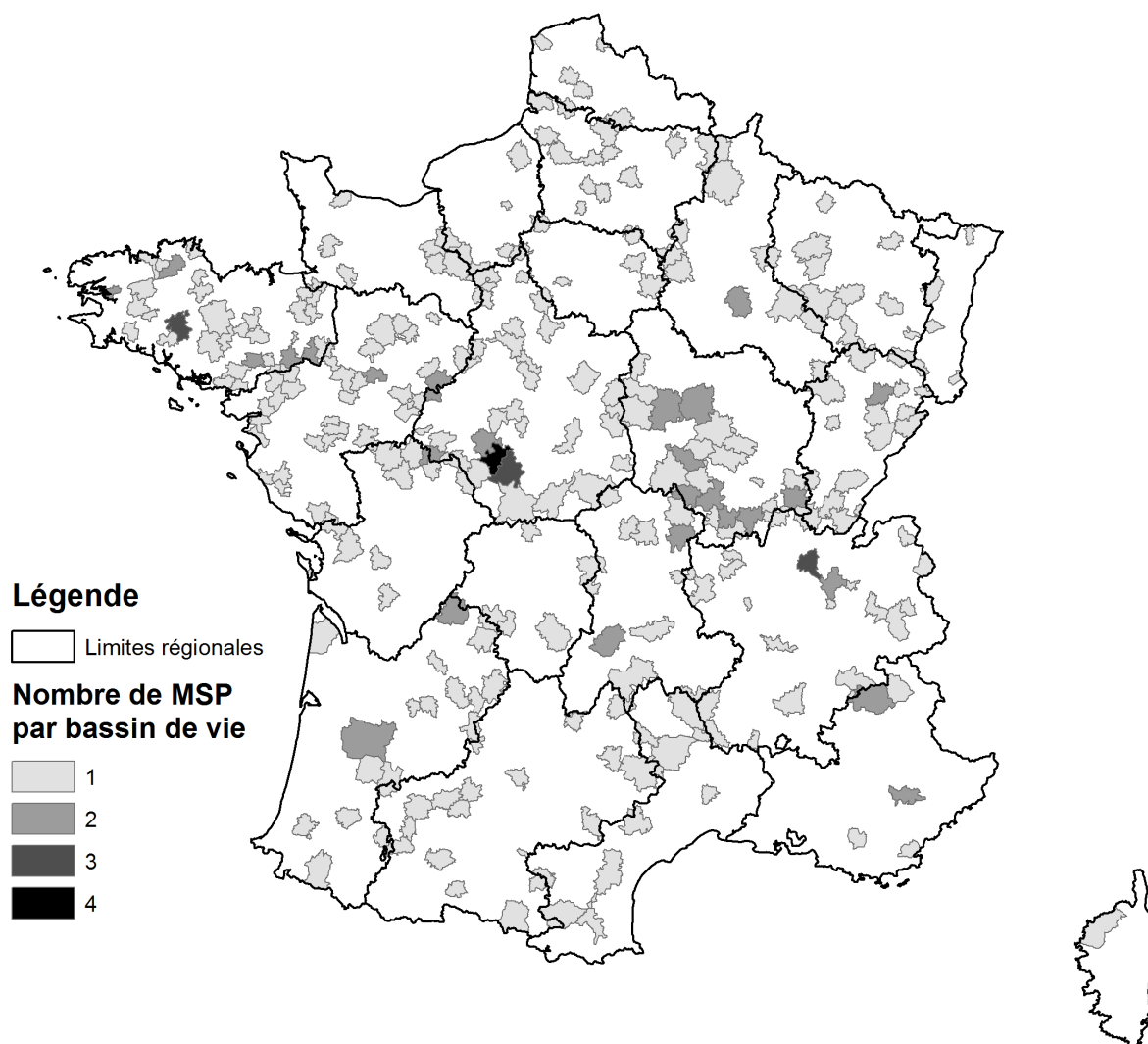
Les maisons de santé sont aussi composées de masseurs-kinésithérapeutes, d'infirmiers ou de dentistes. Il serait judicieux d'analyser l'évolution de la densité de ces professionnels pour une meilleure appréciation de ce dispositif. Par ailleurs, il pourrait être plus juste d'évaluer les maisons de santé pas seulement au regard des effectifs de professionnels de santé et de la densité, mais au vu des ETP par structures, ce qui n'est actuellement pas faisable.

Ce constat illustre la nécessité de disposer d'un outil de suivi robuste des maisons de santé qualifiant les professionnels y exerçant à un instant « t » mais aussi de manière longitudinale. Cela renseignerait, par exemple, les installations permises par les structures. Ce constat rejoint celui des conclusions de l'évaluation des ENMR prônant notamment l'intérêt d'un outil de suivi en routine du dispositif (Bourgueil et Mousquès, 2015).

En outre, les données sur les professionnels de santé mobilisées ne prennent pas en compte les médecins généralistes salariés, pouvant travailler dans des centres hospitaliers ou des centres de santé. Or, la présence d'un centre de santé sur l'offre de soins d'un quartier donné ou d'une ville peut compenser une offre libérale moins abondante ou expliquer une moindre dégradation de l'offre chez les cas et les témoins.

Les données actuelles ne distinguent pas les maisons de santé monosites de celles multisites sur plusieurs communes (anciennement appelés pôles de santé). Ceci empêche d'analyser spécifiquement leur impact sur la démographie médicale et les distances d'accès aux soins. Cela pose également, pour certains pôles de santé très étendus (sur plusieurs bassins de vie), le problème de l'inadéquation du niveau d'analyse.

Carte 24 - Nombre de MSP en fonctionnement par bassin de vie de l'espace à dominante rurale en 2014



Sources : Observatoire des recompositions (DGOS), Insee
Réalisation : G. Chevillard, 2014

3.4.5 Le cadre temporel d'analyse

Ces premiers résultats présentent une tendance de l'évolution de la densité de médecins généralistes libéraux dans les espaces avec et sans maisons de santé, avant et après la mise en place de la politique. Ils sont cependant à relativiser quant à la durée de la période après la mise en place des maisons de santé (2008-2012), relativement courte, mais pourront être rendus plus robustes dans les prochaines années. La connaissance de l'effet à long terme de ce dispositif (croissance, plateau, ou dégradation de l'offre) pourra ainsi être explorée.

Le choix d'une date charnière, 2008, à partir de laquelle nous considérons qu'il y a un « avant » et un « après » maison de santé, peut être discutable. Il est possible qu'une maison de santé ouvre une

année donnée mais ne soit en fait que la labellisation d'une structure de soins préexistante (cabinet de groupe, maison médicale). La date charnière ne tient pas compte de l'ancienneté de la structure et implique des comparaisons de situations qui ne sont pas dans la même temporalité. Or, selon l'ancienneté l'effet potentiel sera probablement différent. La mesure est donc à minima et évoluerait avec l'introduction de la dimension temporelle. Une analyse de l'évolution de la densité médicale à partir de la date déclarée d'ouverture, pallierait en partie ces problèmes. Cependant, cela requiert un recueil de données spécifique et des échantillons de taille plus importante.

La typologie mobilise un indicateur d'évolution de la densité médicale entre 2004 et 2012. Cet indicateur peut, dans certains cas, évoluer favorablement grâce aux maisons de santé et ainsi englober cet effet. Pour évaluer son importance, on peut analyser sa contribution à la construction des axes factoriels de la typologie ainsi que son apport dans la compréhension de l'impact en après des maisons de santé. Cet indicateur est situé sur le premier et le deuxième axe factoriel de l'ACP des bassins de vie, mais participe relativement peu à sa construction comparativement aux autres indicateurs (cf. annexes). Pour l'ACP des pseudo-cantons il apparaît sur le 4e axe. Il est difficile de distinguer les bassins de vie dont la dynamique aurait été moins défavorable avec maisons de santé et dans quelle mesure cela aurait pu influencer leur attribution à une classe. Toutefois, les principales dimensions d'analyse de l'impact des maisons de santé ont été réalisées selon l'évolution sur deux périodes, 2004-2008 et 2008-2012, décomposant l'évolution décrite par l'indicateur entre 2004 et 2012. Celui-ci ne suffisant pas à décrire l'impact car il ne prend pas en compte la date charnière.

3.4.6 Le modèle ne saisit pas intégralement l'évolution de l'offre de soins de médecins généralistes libéraux

La faiblesse du r^2 dans la modélisation de l'impact des MSP suppose que la variation de densité observée n'est que faiblement expliquée par notre modèle. Cela sous entend que d'autres facteurs expliquent ces variations. Ces résultats appellent à des études plus localisées explorant l'évolution de l'offre de médecins généralistes libéraux ou d'une offre complémentaire (Chapitre 4).

En revanche, le r^2 est plus fort dans l'analyse de l'évolution de la densité des moins de 45 ans et témoigne d'un plus fort ajustement du modèle. Cela suggère que ce modèle saisit mieux le fait que les jeunes médecins se rendent dans des espaces avec des maisons de santé.

3.4.7 L'accessibilité des populations ne se mesure pas uniquement de manière quantitative

La mesure de l'évolution de la densité médecins généralistes libéraux appréhende plusieurs dimensions de l'accessibilité aux soins (distance, présence d'offre). Cette démarche seule ne saurait décrire l'accessibilité des populations des espaces étudiés qui relève de plusieurs dimensions (cf. partie1). L'approche quantitative considère les populations dans leur ensemble, en moyenne, et ne permet pas d'appliquer ce qui est observé à l'échelon individuel. Afin de combler ce manque il

faudrait réaliser des enquêtes auprès des populations. Celles-ci apporteraient un éclairage sur la perception et la satisfaction de cette nouvelle offre de soins par les habitants.

3.4.8 *La difficulté de saisir d'autres effets des maisons de santé*

D'autres effets des maisons de santé pourraient être étudiés. Il a été envisagé un temps d'étudier l'évolution de la patientèle depuis l'ouverture d'une maison de santé. Des données existent et sont mobilisables pour les années 2010 à 2012 pour les maisons de santé participant aux ENMR. Plusieurs raisons ont conduits à ne pas explorer cette piste, pour l'instant. D'abord la période de recul est relativement faible (deux ans), empêchant des enseignements robustes. Ensuite, une part non négligeable des maisons de santé concernées font suite à des structures préexistantes (cabinet de groupe, maison médicale ...), rendant difficile l'isolement de cet impact. Enfin, l'analyse de l'évolution de la patientèle nécessite de se faire au regard de l'évolution de l'offre de soins avoisinante. Par exemple, un départ à la retraite peut rejaillir sur l'activité d'une maison de santé, mais en aurait fait de même sur l'activité d'autre cabinet médical. La prise en compte de ces éléments pour élaborer une méthodologie robuste, nécessitait un temps certain, qu'il a été préféré d'octroyer aux terrains et aux approches statistiques déjà menées. Néanmoins, cette question, constitue une voie pertinente à explorer, afin de mieux connaître les impacts spatiaux de ces structures.

Le recul de l'offre de soins est une tendance de fond qu'il faut prendre en compte dans l'étude des effets des maisons de santé

La disparition de l'offre de soins de communes alentours est souvent avancée comme imputable aux maisons de santé. Néanmoins, il s'agit d'un mouvement de fond qui concerne l'ensemble des régions françaises, où les petites communes avec un seul médecin voient le départ à la retraite de celui-ci non compensé, ce qui est souvent largement relayé par les presses locales (cf. partie 1). Il convient de bien distinguer ce mouvement, de celui « d'aspiration » que peut créer certaines maisons de santé en regroupant les professionnels d'un territoire donné.

3.5 Conclusion : les difficultés à mesurer les « effets » des maisons de santé sur l'offre de médecins généralistes libéraux

L'estimation de « l'impact » des maisons de santé selon des calculs en « différences de différences » révèle des résultats variés selon le type d'espaces, les indicateurs et les regroupements opérés.

Dans les espaces à dominante rurale, on observe une moindre dégradation de la densité entre 2004 et 2012 dans les espaces avec maisons de santé. De plus, les espaces ruraux industriels et agricoles et ceux défavorisés dotés de maisons de santé connaissent une dynamique d'évolution de la densité de médecins généralistes libéraux significativement plus favorable. La densité des médecins généralistes de moins de 45 ans, se dégrade de manière moindre entre 2004 et 2012 dans les bassins de vie les

plus dotés, ceux touristiques et ceux du rural profond, avec maisons de santé et de manière significative.

La distance moyenne d'accès aux médecins généralistes, augmente plus fortement entre 2004 et 2012, dans les zones avec maisons de santé. La dynamique d'évolution entre 2004-2008 et 2008-2012 ne révèle pas de différences significatives entre les cas et les témoins pour les bassins de vie périurbains et ceux favorisés puis ceux touristiques et ceux du rural profond. En revanche, l'évolution de la distance temps est significativement différente et moindre dans les espaces avec maisons de santé, industriels et agricoles et ceux défavorisés, ce qui contredit une hypothèse de concentration de l'offre.

Dans l'ensemble des espaces ruraux en dépeuplement les espaces avec maisons de santé n'ont pas une évolution significativement de la densité de médecins généralistes libéraux. Néanmoins, dans les sous-ensembles définis par les classes de la typologie, aux effectifs restreints, des dynamiques contraires dans les zones avec des maisons de santé sont observées : un amortissement de la baisse ou une aggravation de celle-ci. Par ailleurs, la densité de médecins généralistes libéraux de moins de 45 ans se dégrade moins dans les espaces avec maisons de santé et l'évolution après 2008 y devient plus favorable.

Les distances d'accès aux généralistes dans les espaces en dépeuplement ne sont pas significativement différentes entre cas et témoins. Néanmoins, au global, les distances augmentent dans les zones avec maisons de santé. Dans les sous-échantillons d'analyse les évolutions de la distance sur les deux périodes sont opposées et ceci dans les deux sous-ensembles étudiés, témoignant certainement de spécificités propres.

Dans l'espace à dominante urbaine, les effectifs sont plus restreints et impliquent une certaine prudence dans l'interprétation des résultats. La densité évolue de manière contrastée entre 2004 et 2012 dans les zones avec maisons de santé, selon les différents regroupements opérés. Par contre, au regard des deux périodes consécutives, 2004-2008 et 2008-2012, la dynamique de l'évolution de la densité de médecins généralistes fait apparaître des différences significatives au profit des cas dans les espaces moins dotés.

Chapitre 4 Analyse des effets de la mise en place de maisons de santé dans différents territoires

Le chapitre précédent présentait des éléments sur l'évolution de l'offre de médecins généralistes libéraux dans les espaces avec et sans maisons de santé selon une approche nationale. Ce chapitre documente les effets des maisons de santé sur les territoires visités en Midi-Pyrénées et Lorraine. Ceci au regard de l'offre de soins locale (4.1), des attentes vis-à-vis de ces structures par rapport à d'autres enjeux territoriaux (4.2). Des compléments sont apportés à partir de situations non explorées mais dont les acteurs régionaux nous ont fait part (4.3).

4.1 Maisons de santé et offre de soins locale : quels changements ?

Les maisons de santé influencent l'accessibilité aux soins de différentes manières. D'abord, au regard de la disponibilité de l'offre, puis selon les horaires d'ouverture, l'accessibilité physique (normes pour les personnes à mobilité réduite, places de stationnement) et l'accessibilité financière. Enfin, elles participent à mettre en place une nouvelle gamme de soins et des nouvelles actions en faveur de la santé.

4.1.1 *L'accessibilité horaire et financière*

Les maisons de santé sont ouvertes du lundi au samedi midi. Les horaires sont en général identiques à ceux de l'offre préexistante et sont parfois élargis. La présence d'un secrétariat, souvent à mi-temps, augmente l'amplitude horaire de l'accueil. Les médecins exerçant dans les maisons de santé visitées pratiquent tous au tarif conventionnel du secteur 1.

Figure 20 - Accueil des maisons de santé d'Aspet et Vicherey



4.1.2 L'accessibilité physique

Les maisons de santé sont aux nouvelles normes d'accessibilité mais ont une tendance à s'implanter en dehors du cœur du bourg.

Les maisons de santé sont implantées dans des lieux centraux : des chefs-lieux de cantons dans trois cas de figures dont deux sont également bourg d'un bassin de vie. Une seule maison, par ailleurs « surprenante », est située dans une commune simple. Les projets d'antennes de maisons de santé, situées dans une petite commune, participent à réduire cette centralité et la dépendance des communes périphériques.

Les maisons de santé visitées ont été construites *ex-nihilo*, sont récentes et sont aux normes d'accessibilité pour les personnes à mobilité réduite (PMR) prévues par la loi de 2005 sur le handicap (Figure 21 ;Figure 22 ;Figure 23). Elles sont de plain-pied, sauf une disposant néanmoins d'un ascenseur. Les structures disposent toutes de parkings facilitant le stationnement. Par ailleurs, toutes les communes visitées ont mis en place une signalétique propre pour indiquer les maisons de santé (Figure 24).

Parmi les structures, deux ont une localisation excentrée par rapport au cœur du bourg. Ce choix, davantage contraint par la disponibilité de terrains et la nécessité de parking, fait cependant diminuer la centralité de cette offre de soins et la proximité au plus grand nombre de patients. L'usage de la voiture étant parfois nécessaire pour ceux du centre bourg. Des dispositifs de transport à la demande ont été mis en place (pas forcément uniquement pour l'offre de soins), mais s'avèrent extrêmement coûteux pour la collectivité. Dans deux projets en cours, il est également envisagé de construire en dehors du centre. Néanmoins, dans un projet, dont la localisation n'est pas encore arrêtée, les professionnels sont très attachés à rester au centre du bourg pour ne pas participer à le dévitaliser. Toutefois pour certains acteurs, le fait de regrouper les professionnels de santé au même endroit participe à améliorer la visibilité de l'offre et ainsi à l'accessibilité.

De toutes les structures visitées, une seule est le prolongement d'une structure préexistante (maison médicale) qui regroupait les professionnels. Les autres maisons de santé ont regroupé pour la première fois les professionnels sous le même toit.

Il n'a pas été observé de logique de colocalisation avec une autre offre de soins, comme ça aurait pu être le cas avec des hôpitaux locaux ou des établissements médico-sociaux. Au regard des pharmacies, une seule maison de santé en est voisine³⁹.

³⁹ Des maisons de santé autres que celles choisies pour les terrains, mais croisées au cours de la recherche, ont révélé elles aussi des logiques de colocalisation avec les pharmacies.

Figure 21 - La maison de santé de Vicherey (88)



Photographies : G. Chevillard, 2014

Figure 22 - La maison de santé de Vic-Fezensac (32)



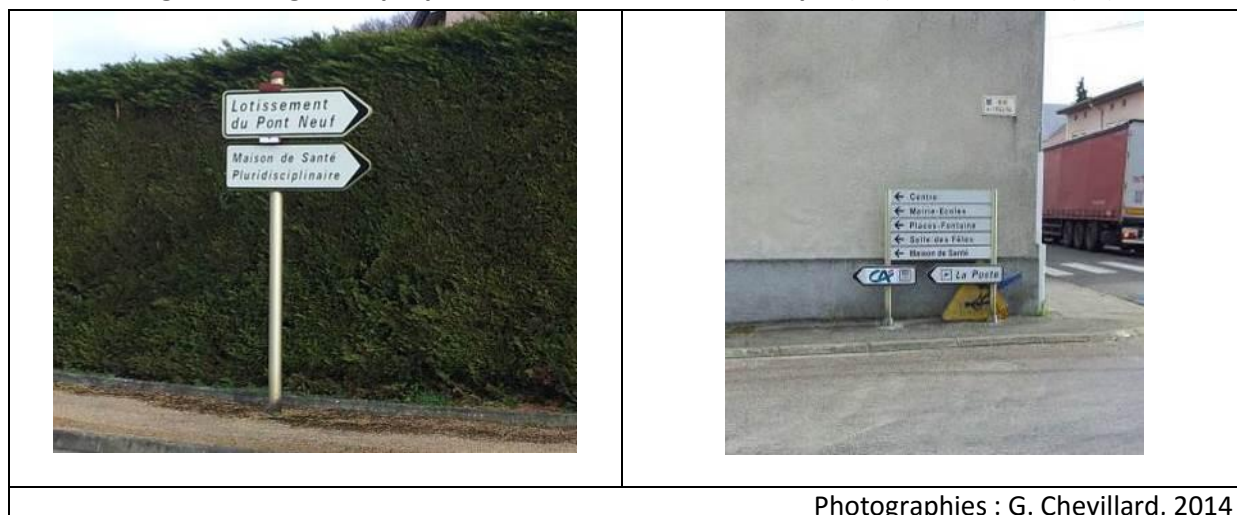
Photographies : G. Chevillard, 2014

Figure 23 - La maison de santé d'Aspet (31) et le cabinet d'infirmières associées



Photographies : G. Chevillard, 2014

Figure 24- Signalétique pour les maisons de santé d'Aspet (31) et Damvillers (55)



Photographies : G. Chevillard, 2014

4.1.3 Les recompositions spatiales de l'offre de soins induites par les maisons de santé

Les recompositions observées sont un regroupement des professionnels de santé à l'échelle communale. Des difficultés apparaissent dans la mise en place de cabinets secondaires.

Les regroupements de médecins consécutifs à l'ouverture des maisons de santé concernent uniquement les médecins des communes d'implantation. De même, les autres professionnels de santé exerçaient en général dans la même commune. La création de ces structures entraîne ainsi une concentration spatiale de l'offre de soins dans un lieu unique, prolongement d'une offre préexistante.

Dans un cas de figure, les médecins ont envisagé d'ouvrir une antenne dans une commune voisine qui venait de perdre récemment son médecin. L'objectif était d'y offrir un lieu de consultation un jour par semaine et un accord avait été trouvé avec les élus pour le lieu. Toutefois, un médecin situé plus près (10 km contre 15 km pour la maison de santé) a porté plainte auprès de l'Ordre des médecins pour concurrence déloyale et a obtenu gain de cause. Ce projet est ainsi avorté et les 309 habitants concernés doivent réaliser 10 ou 15 kilomètres pour voir un médecin.

4.1.4 La gamme de soins et les actions en faveur de la santé

Les maisons de santé étoffent l'offre de soins locale

Dans leur ensemble, les maisons de santé ont permis l'arrivée de nouveaux professionnels de santé et ont contribué à diversifier la gamme de soins disponible sur le territoire (Figure 25).

Dans un cas, des nouveaux médecins généralistes libéraux se sont installés suite à l'ouverture de la structure, dont la moitié est à mi-temps. A ces venues s'ajoutent celles d'un masseur-kinésithérapeute et d'une sage-femme.

Dans les autres structures, si aucun nouveau médecin ne s'est installé, aucun n'est parti et de nouveaux professionnels de santé se sont installés : masseurs-kinésithérapeutes, infirmières, dentistes, diététiciens, podologues, orthophonistes et psychologues. Ils viennent s'ajouter à un noyau en général constitué de masseurs-kinésithérapeute et d'infirmières. Dans certains cas, des dentistes peinent à trouver des confrères, malgré la présence parfois ancienne de la structure.

Les MSP ont aussi un rôle dans la formation des médecins. Elles accueillent des stagiaires en médecine générale et ont parfois un logement dédié.

Les maisons de santé servent de supports à un exercice pluriprofessionnel et coordonné détaillé dans le projet de santé

La coordination entre professionnels de santé est appréciée selon le nombre et le type de réunions, les actions mises en place nécessitant plusieurs professionnels de santé ou les partenariats avec des acteurs extérieurs. La prévention est évaluée au regard des actions mises en places.

A cet égard, une seule maison de santé ne réalise pas de soins coordonnés : les professionnels de santé le font de manière informelle et n'ont pas de projet de santé. Les autres maisons de santé ont un projet de santé formalisant une coordination entre professionnels. Celle-ci passe, par exemple, par la tenue de réunions pluriprofessionnelles, hebdomadaires ou mensuelles, concernant aussi bien le fonctionnement que le suivi des patients.

Des réunions pluriprofessionnelles autour des cas complexes sont mises en place entre les professionnels concernés. Par exemple, entre un généraliste, un masseur-kinésithérapeute et un psychologue pour un patient en rééducation.

Figure 25 - Plaques des professionnels exerçant dans deux maisons de santé



Photographies : G. Chevillard, 2014

Les maisons de santé favorisent des partenariats avec des acteurs extérieurs

Une maison de santé a mis en place un réseau de gériatrie avec l'hôpital voisin, ainsi qu'un réseau de surveillance autour des troubles de l'apprentissage en lien avec les enseignants du territoire.

Une autre structure coordonne les entrées et sorties des patients, en partenariat avec l'hôpital. Des coordonnateurs sont dédiés à cette mission et s'assurent par exemple que l'hôpital ait accès au dossier du patient à son entrée. Un autre type de partenariat concerne un réseau ville-hôpital et propose une standardisation des soins pour les insuffisants cardiaques.

Deux maisons de santé participent aux ENMR et ont mis en place grâce à ces financements des actions d'éducation thérapeutique du patient autour du diabète. Les nouveaux modes de rémunération financent également un poste de secrétaire à mi-temps et contribuent la tenue d'expositions thématiques telles que « octobre rose » dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein.

4.1.5 *Le cadre d'exercice*

Les maisons de santé offrent un meilleur cadre d'exercice pour les professionnels, mais pour un coût plus élevé

Les maisons de santé sont vues comme un moyen d'améliorer le cadre d'exercice des professionnels de santé. Si elles améliorent le quotidien de l'exercice, ces structures confrontent aussi les professionnels à des nouvelles tâches, dont l'importance ne doit pas être négligée.

Toutes les structures sont dotées d'un secrétariat, mais celui-ci n'est pas forcément partagé par tous les professionnels.

L'exercice en maison de santé coûte plus cher aux professionnels, notamment à cause des charges inhérentes : secrétariat, ménage, provisions... Pour certains professionnels rencontrés, il existe un décalage entre l'offre créée et le coût d'exercice dans celle-ci qui augmente alors que les revenus sont fixes (paiement à l'acte). *A contrario*, pour d'autres, la maison de santé peut être un moyen, si elle dispose par exemple d'un plateau technique, d'augmenter ses revenus selon son activité.

L'exercice coordonné et l'exercice en groupe sont cependant vus comme chronophages par certains : les réunions rajoutent du travail qui peut être fait de manière informelle. De plus, le montage juridique de la structure, la distribution des charges et de manière générale le management prennent beaucoup de temps, qui à l'heure actuelle repose sur du bénévolat. Dans chaque cas, le leader est un ou une médecin généraliste. La mise en place d'un coordonnateur dans la maison de santé, financé par des nouveaux modes de rémunération, est vue par les professionnels comme une solution possible à ce problème. En parallèle, les fédérations régionales des maisons de santé proposent des formations au management pour lequel les professionnels de santé ne sont pas formés.

Les professionnels rencontrés et leurs représentants considèrent que les nouveaux modes de rémunération sont nécessaires à une exploitation optimale de ces formes d'exercices, en permettant la coordination efficiente des professionnels de santé (Encadré 9).

Figure 26 - Un cabinet de médecin généraliste dans la maison de santé de Vic-Fezensac (32)



Photographie : G. Chevillard, 2014

Les maisons de santé sont parfois vues comme « une étape pour casser la médecine libérale »

Les maisons sont vues comme une contrainte à l'exercice libéral pour les professionnels de santé qui ne voulaient pas s'y installer, mais également comme un cadre de travail sans charme et stéréotypé. Certains voient dans cette forme d'exercice une rupture profonde de la relation médecin-malade par la dissociation du lieu de travail et du lieu de vie, la présence d'une barrière avec le secrétariat, ou encore par la transformation du soin en un service banal (encadré).

Encadré 9 - Extraits d'entretiens avec des opposants aux maisons de santé

« Les maisons de santé sont une étape pour casser la médecine libérale » ;

« les médecins ne sont plus en phase avec la population qu'ils soignent [...] ils peuvent habiter dans une ville différente » ;

« les jeunes veulent plus bosser, ils veulent faire leurs heures, bosser 4 jours par semaine » ;

« c'est une forme de régression, on revient vers les dispensaires où on ne choisira pas son soignant [...] les patients se sentent obligés d'aller vers les professionnels de la structure [...] les maisons de santé constituent une rupture pour le patient dans sa relation avec le médecin... ici il est en relation directe ».

Les maisons de santé ne bouleversent pas l'organisation de l'exercice de la médecine en milieu rural, mais constituent une nouveauté à certains égards

L'exercice en milieu rural se caractérise notamment par un nombre important de visites aux domiciles des patients ou dans les maisons de retraite. Les médecins rencontrés prévoient plusieurs après-midi par semaine pour ces visites.

Les maisons de santé ne règlent pas le problème de la permanence des soins dont on a vu qu'il participe au manque d'attractivité de l'exercice en zone rurale (étendue de la zone à couvrir, éloignement des urgences, rotation moindre). Son organisation repose sur un autre zonage et parfois sur des structures spécifiques comme les maisons médicales de garde. L'exercice regroupé facilite l'organisation des gardes et des congés, mais ces questions sont souvent déjà organisées entre les professionnels du territoire.

L'exercice pluriprofessionnel est nouveau pour des professionnels de santé jusqu'à peu habitués à travailler de manière isolée. Le fonctionnement de la structure repose aussi sur la bonne entente entre les professionnels. Des projets ont par exemple été facilités par la connaissance antérieure des professionnels de santé et leurs habitudes de travail ensemble.

Par ailleurs, des médecins proches de la retraite ou cinquantenaires ont monté les projets étudiés. Les nouveaux installés bénéficient et bénéficieront donc de ce travail de fond. En ce sens, certains acteurs se demandent quelle sera la dynamique au sein des maisons de santé lorsque la génération des pionniers partira à la retraite et si le « passage de témoin » sera effectif avec les nouvelles générations de médecins.

Encadré 10 - extraits d'entretiens relatifs aux difficultés de fonctionnement des maisons de santé

Un médecin : « *C'est plus difficile de faire vivre la structure, que de la construire [...] ce n'est pas un problème financier* » ;

Un médecin : « *les nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé ne suffisent pas... cela finance un demi-poste de secrétariat...* » ;

Un élu : « *on finance le nettoyage des parties des communes... ça il vous l'a pas dit... !* »

4.2 Les effets des maisons de santé au sein des territoires

Les maisons de santé engendrent des dynamiques territoriales dans les terrains étudiés. Pour les qualifier il s'agit d'analyser les jeux d'acteurs ressortis, la place du projet de maison de santé au sein des enjeux locaux, les effets sur le territoire (attractivité, coût) et leurs effets cumulés faisant ressortir des entités territoriales.

4.2.1 Les maisons de santé révèlent de nouveaux jeux d'acteurs

La partie 3 rendait déjà manifeste les tensions entre acteurs autour de projets de maisons de santé. Ces structures créent aussi de nouveaux rapports entre les professionnels de santé et les élus dont les contours sont encore flous. Par exemple, dans trois maisons de santé, la collectivité a contracté l'emprunt pour finaliser la construction et les professionnels de santé en sont locataires. Si les professionnels versent le loyer pour rembourser la collectivité, certains sont réticents à l'idée de ne plus être propriétaires de leur outil de travail. Par ailleurs, certains se posent la question de devenir propriétaire des lieux ou de renégocier les loyers avec la collectivité. Ceci relève du cas par cas, mais n'est pas forcément résolu dans tous les terrains visités.

4.2.2 Les maisons de santé font ressortir la place de l'offre de soins parmi les priorités locales

Le maintien de l'offre de soins apparaît prioritaire dans les espaces plus ruraux et reculés, car composante de l'attractivité territoriale. Ensuite, on observe que cette importance dépend de l'échelle choisie et des compétences des collectivités.

A l'échelle communale, les grands projets réalisés portent par exemple sur l'enfouissement des réseaux et la rénovation de la voirie, l'assainissement du tout-à-l'égout. Il s'agit principalement de projets contraints par des normes. A l'échelle intercommunale les enjeux concernent l'emploi, l'habitat, les services ou encore le tourisme.

Ainsi, des enjeux apparaissent communs mais selon leurs spécificités, les territoires sont confrontés à d'autres enjeux, propres aux lieux et à leur histoire.

Par exemple, les territoires marqués par une augmentation de la population privilégient son accueil à travers le développement de nouveaux groupes scolaires, d'habitats ou de déchetteries. L'offre de soins n'est alors pas une priorité, mais un élément de l'attractivité du territoire et de son fonctionnement : la présence de médecins permet des vacations dans les crèches ou les EHPAD. Aussi, pour s'implanter, les entreprises recherchent une bonne desserte routière, le très haut débit et des transports collectifs, mais elles regardent ensuite la présence de services suffisants pour les futurs salariés comme l'habitat, l'offre de soins et l'offre scolaire.

Graulhet, une ville en déclin économique, est confronté à plusieurs enjeux dont la pérennité de l'offre de soins (la moitié des médecins sont proches de la retraite). Néanmoins, l'emploi et la volonté de changer l'image de la ville sont prioritaires. En ce sens, un projet de «développement urbain durable et de conversion des friches industrielles» est en cours pour améliorer son image et le cadre de vie. La santé occupe néanmoins une place importante, en témoigne la présence d'un Atelier Santé Ville (ASV) depuis 2010 et la signature récente d'un Contrat Local de Santé (CLS) ou encore la participation de la ville au plan national nutrition santé (PNNS).

Dans les communes rurales moins peuplées, la place de l'offre de soins de premiers recours semble plus importante ainsi que la présence de services. En effet, dans ces territoires, bien souvent peu peuplés et éloignés des villes, les services participent au rayonnement du bourg et à son identité. Cet éloignement est mis en avant comme un « avantage » assurant la présence de services tels que les collèges, les lycées, les administrations publiques et évidemment l'offre de soins ou médico-sociale. Ces territoires peuvent avoir, en outre, une mono-industrie locale (machinerie, papeterie) comme principal employeur. Dans un cas, l'offre de soins n'apparaissait pas prioritaire il y a quelques années et venait après d'autres projets (pôle éducatif, internat, développement d'une zone d'activité commerciale, la création d'une maison de service public). Elle l'est davantage en 2014, notamment du fait de probables départs à la retraite de médecins.

Le pays de Colombey et du Sud-Toulois est mobilisé depuis longtemps dans la lutte contre la désertification rurale. Des actions ont été mises en place depuis 30 ans pour les jeunes agriculteurs (reprise d'activité). Le territoire joue ensuite sur plusieurs leviers pour renforcer son attractivité : organisation d'événements festifs, travaux sur l'habitat et notamment le locatif, développement de l'immobilier pour l'entreprise, aide à la reprise de l'activité agricole, accompagnement de porteurs de projets (plan de financement), mise en place d'une Appellation d'Origine Contrôlée (AOC) Côtes de Toul, valorisation du savoir faire local à partir de la formation autour de la verrerie... A ces leviers viennent s'ajouter différents projets dont la maison de santé, garante de la présence de services de soins de proximité.

Les enjeux transversaux

Les territoires dont la population est vieillissante travaillent par exemple autour de la mobilité (transport à la demande) ou de la perte d'autonomie (habitat). L'aménagement numérique est

également avancé dans certains territoires comme contribuant à l'attractivité territoriale ou à de nouveaux projets comme la télémédecine.

Le tourisme et les loisirs sont aussi une voie envisagée dans le développement économique de plusieurs territoires. Il apparaît en outre comme un moyen de les lier. Ainsi des cantons qui ne travaillent pas ensemble sur l'offre de soins, le font sur le tourisme. Aussi, la définition de route forestière ou de chemins de grandes randonnées ont fait travailler des communes ensemble qui par la suite se sont regroupées dans la même communauté de communes.

Enfin, l'emploi, évidemment, constitue une priorité. Les intercommunalités mettent en place le plus souvent des zones d'activités ou des zones artisanales pour le maintenir ou le développer, qui par ailleurs concurrencent celles des intercommunalités voisines.

Des liens avec les systèmes d'acteurs ?

Des liens entre ces priorités et les systèmes d'acteurs révélés dans la troisième partie peuvent être supposés. De la sorte, dans les territoires où les professionnels ont eux même financé la structure, l'offre de soins n'est pas vue comme une priorité, relevant davantage de la responsabilité des professionnels. Dans les systèmes d'acteurs unis, l'offre de soins est bien identifiée comme une des priorités par les élus locaux, qui n'hésitent pas à soutenir financièrement le projet.

4.2.3 Le projet de maison de santé participe à la fabrication et à la consolidation du territoire

La troisième partie analysait les territorialités à l'œuvre autour des projets de maisons de santé. Il s'agit ici de compléter ces premiers éléments en étudiant les territoires que créent ou confortent les maisons de santé.

Le nom de la maison de santé peut être considéré comme le reflet du territoire concerné. Dans les exemples étudiés, les noms font référence à la commune ou à la communauté de communes. La manière dont est traitée l'information relative à la maison de santé peut également témoigner de son importance. Par exemple, le site internet de la communauté de communes d'Artagnan en Fezensac fait de l'ouverture de la maison de santé sa page d'accueil (Figure 27). Par ailleurs, toutes les maisons de santé visitées ont fait l'objet d'articles des presses régionales (Figure 28 ;Figure 29).

Figure 27 - Accueil du site internet de la communauté de communes d'Artagnan en Fezensac



Source : <http://www.dartagnanenfezensac.com/>

Figure 28 - Article dans la Dépêche du Midi sur l'ouverture de la maison de santé d'Aspet

Actualités » Grand Sud » Haute-Garonne

Aspet. La Maison de santé rurale vient d'être inaugurée

Publié le 12/11/2009 à 03:50



Au quartier Fontagnères, la Maison de santé rurale a ouvert ces portes depuis quelques semaines maintenant. Samedi, les praticiens désormais en place, ont inauguré ce grand bâtiment d'une surface de 470 m².

Ce tout nouveau centre pluridisciplinaire accueille des médecins, kinésithérapeutes, dentistes et orthophonistes d'Aspet.

Avec son grand parking, il devient désormais facile d'y stationner, ce qui n'était pas évident au centre du village. Sa rampe d'accès permet l'accueil adapté des personnes handicapées et à mobilité réduite qui sera bientôt obligatoire pour tous les cabinets médicaux.

De nombreux praticiens du milieu médical des communes voisines étaient venus soutenir leurs collègues dans cette démarche novatrice.

Ponctuellement, une psychothérapeute et une diététicienne consulteront à la Maison de santé. Jean-Richard Dugast qui a pris la parole au nom de ses collègues, a souhaité une bonne santé aux habitants du canton épargnés pour l'instant par la grippe A. Sans un contexte de déficit médical rural, ce projet est une solution pour pallier ce manque, et il a entièrement été financé par les praticiens eux-mêmes.

La Dépêche du Midi

Figure 29 - Article dans l'Est républicain de l'ouverture de la maison de santé de Damvilliers

A la santé de la maison !

Les professionnels de santé sont désormais sous le même toit à Damvilliers.
Inaugurée hier, cette maison médicale a pour but de pérenniser l'offre de soins.

Quand on dit maison communale, on pense mairie ou église. A Damvilliers, on pense aussi maison de santé. Depuis juin dernier, l'équipe médicale regroupe sous le même toit sept professionnels de santé. Hier après-midi, il a été officiellement inauguré en présence des autorités civiles et militaires du secteur. Visite guidée. Des murs blancs, des huisseries multicolores, une silhouette ramassée et un panneau avec les noms des membres de l'équipe. La maison de santé de 350 m² qu'a fait construire la commune est pratique et chaleureuse. Pour le maire, Roland Jéhannin, il s'agit de proposer aux habitants du canton « des services élargis dans un espace rapproché afin de pérenniser l'offre de soins dans le secteur ».

Un projet bien aidé

Cette opération a coûté 372.472 €. Elle a été financée à 77 % par des aides (150.000 € de la Région,



Le ruban inaugural a été coupé hier en début d'après-midi.
Photos Frank LALLEMAND

90.000 € de l'Etat, 34.000 € du Département, 14.000 € de fonds parlementaires). Les 23 % restant comprennent un emprunt de 75.000 € et un autofinancement de 9.462 €.

Bien qu'étudié dans les moindres détails, ce projet a pris corps en un temps record. En février 2004, la commune devenait proprié-

taire d'un terrain de 12 ares rue de l'Abbé-Mandre. En mai 2006, le conseil municipal votait la construction de la maison de santé.

Une équipe pluridisciplinaire

En septembre 2006, débutaient les travaux et en mai 2007, ils se terminent. Mi-juin, la maison commen-



La convivialité qui règne à la maison de santé est très appréciée par les membres de l'équipe.

çait à fonctionner. L'équipe de santé comprend deux médecins, les Dr Stalars et Prioux, deux infirmières, Mmes Delandre et Pérignon, une kinésithérapeute, Audrey Namin-Didiot, une orthophoniste, Claire Leroy, et une pédicure-podologue Sonia Allalene. Il ne manque plus qu'un dentiste et elle sera complète. Tous ne trouvent que des avantages à cette installation communale. « J'ai retrouvé ici l'esprit pluridisciplinaire que j'ai connu à l'hôpital », commente Mme Pérignon, infirmière d'origine lyonnaise. « J'ai gagné plus d'espace », ajoute sa collègue Mme Delandre. Mme Namin la kiné peut faire ce qu'elle préfère : « travailler avec des personnes âgées et faire plus de domicile ».

« Pour l'instant, nous n'avons pas de secrétariat commun. Nous voulons commencer petit », assure le Dr Prioux. Tous sont unanimes : « travailler à la maison de santé, c'est plus convivial que de travailler seul ». Gageons que cette convivialité partagée sera le ciment de l'installation durable des professionnels de santé à Damvilliers.

Christelle MAHIEU



Le bâtiment de 350 m² est situé au cœur du chef-lieu de canton de 700 habitants.

Associés au projet

Les professionnels de santé ont été consultés lors de la conception de la maison. « Nous avons pu personnaliser nos locaux », déclare Mme Leroy, l'orthophoniste. Même les souhaits des patients ont été pris en compte. Ainsi, chaque médecin a sa propre salle d'attente.

Les maisons de santé créent de nouveaux territoires

La mise en place de nouvelles actions de santé (ETP, réseau gériatrie) tend à agrandir l'aire d'influence des maisons de santé sur ces thématiques, les faisant déborder de leurs « territoires

naturels ». Des patients et des médecins des territoires voisins se rendent vers la maison de santé pour ces nouveaux soins.

Les maisons de santé sont le reflet de conflits territoriaux

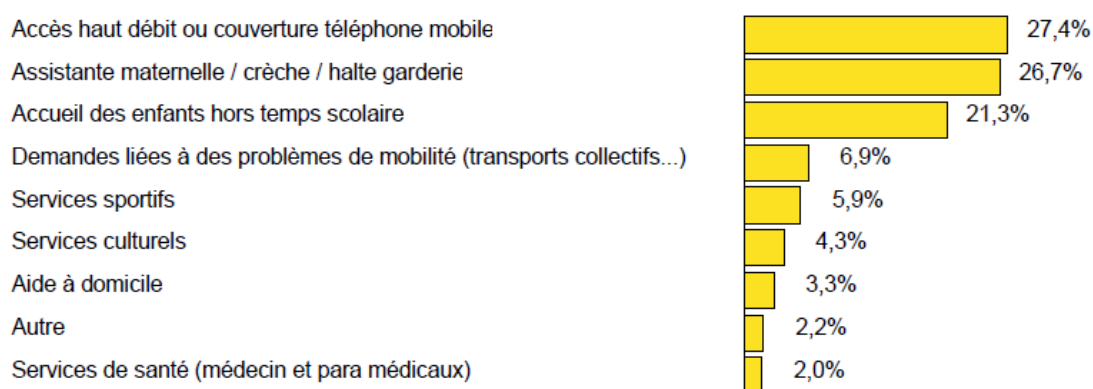
Les maisons de santé, ou les projets, révèlent aussi des rivalités entre territoires. Par exemple deux chefs-lieux de cantons, situés dans la même intercommunalité et distant de 4 kilomètres, n'envisagent pas de faire un projet commun. Chaque commune cherche à garder son autonomie et son rayonnement.

4.2.4 Les maisons de santé ont un impact plus difficile à mesurer sur l'attractivité territoriale ...

Il est souvent prêté aux maisons de santé et aux services de soins en général de participer à l'attractivité du territoire auprès des nouvelles populations. Cette hypothèse, soutenue par de nombreux élus, n'a pas pu être explorée. Des enquêtes auprès de nouveaux arrivants menées par la caisse des dépôts, relativement ancienne (2005), montrent que, curieusement, les demandes nouvelles en matière de services des nouveaux habitants des territoires ruraux concernent peu les services de santé. L'accès au haut-débit, la présence de structures pour les enfants en bas âge apparaissant prioritaires (Figure 30).

Figure 30 - Demandes nouvelles en services des nouveaux habitants en territoire rural (Caisse des dépôts, 2005)

Graphique 3 : demandes nouvelles en matière de services



A contrario, d'autres études placent pourtant les services de santé dans les trois domaines clés de l'accueil avec le service à l'enfance et le maintien des commerces (Mairie conseils, 2009).

4.2.5 *Les maisons de santé peuvent peser sur les finances des collectivités locales*

La construction d'une maison est permise dans la plupart des cas par un endettement de la collectivité, remboursé par les loyers des professionnels. Néanmoins, il arrive que certaines charges de fonctionnement (ménages, électricité ...) soient payées par les collectivités. Les élus le déplorent mais assument ce choix politique, tout en reconnaissent qu'ils ne feraient pas cela pour d'autres professions, l'enjeu étant considéré comme trop important.

Par ailleurs, certains acteurs craignent le manque de viabilité économique de certaines structures « *sous-perfusion* » d'aides publiques et se demandent ce qu'il adviendra si celles-ci disparaissent. Cette question se pose notamment pour les structures bénéficiant des nouveaux modes de rémunération.

4.2.6 *Un impact sur le niveau « supra » des maisons de santé ?*

Une amélioration de la situation dans des départements avec maison de santé ?

La troisième partie évoquait les spécificités régionales et départementales dans les dynamiques territoriales des maisons de santé. La politique particulière de la Meuse a été illustrée, il est possible de voir dans son soutien aux maisons de santé et à l'exercice en milieu rural, l'amélioration relative de la situation du département.

Depuis quelques années le nombre d'entrées et de départs annuels de médecins est équilibré. En 2013, l'Ordre recensait une hausse de 9,4 % des inscriptions au tableau de l'Ordre de la Meuse, alors qu'elle est de 5,4 % dans la région et négative en Moselle. Les autres départements de la région connaissent une baisse continue de leurs effectifs de médecins généralistes, tout comme les départements voisins de Champagne-Ardenne : les Ardennes et la Haute-Marne, dont les perspectives sont inquiétantes avec une diminution attendue des effectifs de 7 % et 6 % (Cnom, 2014b). Ces départements ont certaines similarités géographiques avec la Meuse (faible armature urbaine, faible densité de population et poids démographique réduit), mais ne sont pas autant dotés en maisons de santé. Dans ces chiffres encourageants, il est possible d'y voir les résultats de la politique départementale ou de celles d'autres actions menées dans le département comme la réorganisation de la permanence des soins. La petite taille du département et sa faible population favorise peut-être, une certaine proximité, entre les acteurs de terrains favorables à ces projets. Ces hypothèses, pour être explorées, nécessiteraient de mieux connaître les systèmes d'acteurs des territoires évoqués.

Les maisons de santé comme nœud primaire du maillage régional en offre de soins

Les financements publics du plan national de déploiement des maisons de santé ne sont plus disponibles depuis fin 2013. Dans une région la plupart des financements ont été alloués, désormais une phase de maturation et de valorisation de l'existant est entamée.

Les maisons de santé sont ainsi vues comme une étape vers une nouvelle politique régionale de santé, s'adossant sur cette offre de soins. Il s'agit désormais de mettre en réseau l'existant, notamment en allant vers des pôles de santé territoriaux. Ces pôles reposeraient sur plusieurs maisons de santé et pourraient être thématiques à l'instar des réseaux de santé.

Les maisons de santé ancrent des dynamiques régionales d'acteurs

Le plan de financement de 250 maisons de santé en milieu rural entre 2010 et 2013 a mis en place des comités de sélection régionaux. Si ces comités n'ont désormais plus de rôles, une région a décidé de les maintenir afin de d'assurer une instance de coordination régionale. Cet exemple illustre le rôle du plan national comme confortant une dynamique préexistante entre acteurs (ARH, Urcam ...) et comme permettant un ancrage de cette dynamique dans le temps.

4.3 Les maisons de santé ont d'autres effets ... des situations rencontrés en dehors des terrains

Les terrains menés dans les deux régions ont fait ressortir des effets territoriaux des maisons de santé. Néanmoins, d'autres possibilités ont été évoquées lors d'entretiens mais n'ont pas été observées directement. Elles sont ici retranscrites.

4.3.1 Les maisons de santé peuvent entraîner un effet de voisinage et une concurrence entre territoires

On peut supposer que le déploiement de maisons de santé dans une région donnée entraînera un effet d'entraînement incitant les élus locaux à doter leur collectivité d'une telle structure. Ceci est illustré par les articles de presses locales dont ont fait l'objet les structures visitées (Figure 28 ; Figure 29). Cet effet d'entraînement, dans un contexte de moyens financiers limités, peut également exacerber la concurrence entre territoires. Des exemples de presses locales et les dires d'acteurs régionaux confirment cela.

Par exemple, au sein d'une intercommunalité, une commune périphérique n'a pas réalisé de projet de maison de santé. Celui-ci était bloqué par les élus de la commune centre, qui craignaient que l'intercommunalité ne puissent ensuite plus bénéficier de financements pour une autre maison de santé.

4.3.2 Les maisons de santé engendrent parfois des pressions sur les professionnels de santé

Dans un cas de figure les infirmiers ont été contraints de s'installer dans une maison de santé. Le maire les menaçait de faire appel à d'autres infirmiers car le territoire se trouve en zone sous-dotée. Les infirmiers ont ainsi rejoint, contraints, la structure afin de ne pas voir leur activité menacée.

Dans un autre territoire, les médecins ont refusé de s'installer dans une nouvelle maison de santé. Les élus ont alors fait appel à des médecins étrangers via un cabinet de recrutement pour y exercer. Ceux-ci pouvant bénéficier du contrat de praticien territorial de médecine général (PTMG). Actuellement, ces médecins sont en sous-activité et même menacés de ne pas atteindre le seuil d'actes minimum leur permettant de toucher le revenu garanti par le contrat...⁴⁰

4.3.3 Les maisons de santé permettent l'accueil de spécialistes et sont parfois colocalisées avec d'autres offreurs de soins

Les maisons de santé visitées n'ont pas d'autres médecins spécialistes que les généralistes. Cependant, des exemples existent avec la tenue de consultations délocalisées d'autres spécialistes une à plusieurs fois par mois : cardiologues, angéiologues, rhumatologues ou encore gastroentérologues (Chevillard, 2011). Ces structures rapprochent alors cette offre, certes temporairement, et évitent aux patients de se rendre dans la grande ville la plus proche.

Des configurations existent où les maisons de santé sont localisées près d'une offre existante, bien souvent un hôpital local ou un EHPAD (Chevillard, 2011).

4.3.4 Des maisons de santé cherchent des professionnels de santé, se disloquent ou ferment

Le recensement des maisons de santé fournies par la DGOS en 2013 fait état d'une structure qui a fermé dans le Nord. A celle-ci s'ajoute une dans les Vosges, récemment fermée, et dont il est envisagé de se servir comme maison de santé universitaire.

L'étude de ces exemples, auxquels on pourrait ajouter les « coquilles vides » construites par les maires (Juilhard, 2010) constituerait une recherche pertinente afin de comprendre les raisons ayant conduit à cette situation. La lourdeur des charges pour les professionnels, des mésententes au sein de la structure, ou tout simplement l'absence de reprise par des médecins sont autant d'explications possibles.

Certaines structures, récentes, cherchent encore des médecins et des annonces l'illustrent (*cf. annexes*).

⁴⁰ Un médecin bénéficiant du PTMG doit réaliser un minimum de 165 actes par mois

Par ailleurs, il existe des cas de figures où les professionnels de santé d'une maison ont commencé à travailler ensemble puis se sont séparés. Les raisons étant la difficulté de travailler en groupe et tout simplement l'attrait pour un exercice individuel qui leur sied davantage (Chevillard, 2011).

Ces exemples illustrent que ces structures ne sont pas des solutions miracles pour attirer et maintenir des médecins et qu'un des principaux défis est aussi le fonctionnement de celles-ci. Ce constat renvoie au questionnement de l'avenir des maisons de santé. Souvent fondées par des médecins généralistes libéraux proches de la retraite, elles ne garantissent pas l'arrivée de jeunes médecins, qui hésiteront à s'installer si les départs à la retraite sont imminents.

4.3.5 Les maisons de santé ont des conséquences sur le maillage officinal

Les pharmaciens redoutent l'effet des maisons de santé sur le maillage officinal, aussi bien en ville qu'à la campagne. La crainte principale est la fermeture de cabinets de médecins de petites communes consécutives à la mise en place d'une maison de santé et son effet sur l'activité des pharmacies concernées. Dans ce cas, « l'effet domino » est également craint : la disparition de services et commerces de proximité entraînerait la fermeture d'autres activités. Face à ces situations, les URPS pharmaciens proposent notamment la création d'un statut de pharmacien traitant et l'élaboration de pôles de santé, avec des antennes respectant l'offre existante.

D'autres exemples de pharmacies, contraints par les conditions d'implantation officinale⁴¹, illustrent les difficultés face à un projet de maison de santé. Dans une commune de moins de 2 500 habitants, une maison de santé est ouverte depuis peu, l'opportunité de déplacer une pharmacie a été étudiée mais s'avère impossible car la loi interdit l'ouverture, parce que la commune a moins de 2 500 habitants. A l'inverse, une officine fonctionne, pour le moment, sans prescripteur dans la commune. Si celle-ci venait à fermer la licence serait perdue empêchant toute nouvelle ouverture de pharmacie.

En ville, les pharmacies sont très sensibles à la dynamique d'implantation des médecins et sont aussi parfois touchées par l'ouverture de maisons de santé. Les représentants des pharmaciens ont identifié différents facteurs concourant à éloigner les médecins des centres villes : les zones franches urbaines, les travaux nécessaires à la mise aux normes des cabinets prévus par la loi de 2005, mais aussi l'élaboration de projets privés de maisons de santé offrant des conditions attractives pour les médecins. Ces mouvements ont entraîné des baisses d'activité significatives ou des fermetures de pharmacies historiques de centre-ville.

⁴¹ L'ouverture d'une pharmacie, par transfert ou création, est possible dans les communes qui comptent plus de 2 500 habitants. Ensuite, l'ouverture ou le transfert de nouvelles pharmacies sont autorisés par tranche de 4 500 habitants (services-publics.fr)

4.4 Discussion

Les terrains menés apportent des éléments de connaissances nouveaux sur les impacts des maisons de santé, non visibles avec l'approche quantitative précédente (Chapitre 3). Néanmoins, cette démarche qualitative comporte certaines limites qu'il convient de rappeler.

4.4.1 *Les aléas des terrains*

Dans les terrains et contre-terrains menés, l'intégralité des acteurs ciblés n'ont pas forcément été rencontrés. Il a, par exemple, été impossible de rencontrer certains médecins opposés à un projet de maisons de santé, ou des représentants de médecins. Nous avons connu le même problème avec le maire ou un de ses adjoints, ou un représentant de l'intercommunalité. Néanmoins, pour tous les terrains, au moins un de ces représentants a pu être rencontré. Quand un acteur faisait défaut, l'information a alors été recherchée à travers de la littérature grise (compte rendus de réunions, projets territoriaux, sites internet, etc...).

4.4.2 *L'impossibilité de généraliser les enseignements apportés*

Comme au chapitre 3 les enseignements des terrains ne sont généralisables. Il s'agit ici d'avantage de comprendre, à partir de situations locales, la manière dont un dispositif est mis en place ou non et les dynamiques à l'œuvre. Des spécificités ont aussi pu être observées et concernent les acteurs en jeu, les thématiques des projets de santé, les emplacements excentrés des nouvelles structures, ou encore les conflits entre acteurs.

4.4.3 *Quelle plus-value apporte ces terrains ?*

Au regard des connaissances préexistantes sur les maisons de santé, ces terrains ont conforté certaines tendances observées. Par exemple, les MSP améliorent l'accessibilité aux soins, élargissent la gamme de soins et d'actions de prévention ou de promotion de la santé. La fragilité juridique et financière, déjà pointée, ressort également.

Les terrains nuancent aussi certains constats. Dans les exemples pris, les maisons de santé n'entraînent pas de fermetures de cabinets périphériques. En revanche, la difficulté de monter un cabinet périphérique ressort notamment à cause de la concurrence. Par ailleurs, les maisons de santé, dans certains cas, éloignent l'offre de soins du centre du bourg.

Le constat de la fin de l'ère du médecin de famille varie selon les acteurs. Pour certains, l'exercice en groupe, pluriprofessionnel ou non, supplantera l'exercice individuel. Pour d'autres, l'exercice individuel correspond aussi à des attentes de professionnels qui y voient un cadre de travail moins contraignant.

Par ailleurs, la diversité des acteurs rencontrés (leaders, opposants, etc.) offre un regard davantage critique sur ces structures. Si les bénéfices sont identifiés, les limites et les interrogations le sont tout autant.

4.4.4 Les changements apportés par les maisons de santé pour les populations

Les effets des maisons de santé sont étudiés au regard de l'offre et des actions mises en place pour les patients. Ces nouvelles formes d'offre de soins, constituent probablement une rupture pour les patients : le lieu est nouveau, parfois excentré, les professionnels sont regroupés et les patients ne se rendent plus au cabinet de leur médecin, qui était souvent dans sa propre maison (Fillaut, 2006).

Des enquêtes approfondies auprès des patients seraient un complément judicieux à cette recherche, questionnant par exemple la satisfaction de ceux-ci ou la manière dont ces structures entraînent un nouveau rapport aux soins. Le fait d'excentrer l'offre induit-elle des difficultés pour se rendre dans ces nouveaux lieux d'offre de soins, comme cela a pu être observé à Port-le-Nouvelle (Boussu, 2013)⁴² ?

Il serait également intéressant de questionner la place du médecin dans ces bourgs ruraux où il faisait auparavant partie des notables avec le curé et le maire. Ce nouveau type d'exercice, qui pour certains semble signer la fin du médecin de famille, ne participe-t-il pas à changer le statut du médecin vers un prestataire de services ? Comment les populations voient-elles cela ? Et les médecins ?

4.4.5 Les maisons de santé entraînent-elles un développement territorial ?

Les acteurs rencontrés ont fait ressortir les leviers du développement territorial. L'emploi demeure en général une priorité. Il est cependant difficile de dire, à partir des terrains menés, les stratégies payantes pour le développement territorial entre une maison de santé et un autre projet économique ou de service public.

Dans les petites communes, l'offre de soins est davantage considérée. Néanmoins, cela dépend du contexte : Aspet, par exemple, soutient la création de zone artisanale mais pas les mesures pour renforcer l'offre de soins. Dans les territoires rencontrés l'offre de soins apparaît le plus souvent comme un élément de fonctionnement basal et indispensable.

⁴² A Port-la-Nouvelle, une maison de santé a été construite à l'extérieur de la ville, à côté de l'hôpital. A près y avoir emménagé, des médecins ont du retourner à leur ancien cabinet en ville puisque leurs patients, âgés et n'ayant pas forcément de voiture, ne pouvaient se rendre à la maison de santé... Un système de navette a été mis en place mais ne résout pas le problème.

Par ailleurs les intercommunalités, dont c'est la compétence, ont toutes mis en place des dispositifs pour attirer ou favoriser des emplois (zone artisanale, zone d'activité), mais ne financent pas forcément de maisons de santé.

Conclusion de la quatrième partie

Au regard des questionnements posés en préambule, les résultats montrent la place des maisons de santé dans des dynamiques d'offre de soins et dans des dynamiques territoriales.

Les maisons de santé sont mises en place afin de renforcer l'offre de soins en attirant et en maintenant des médecins généralistes dans des zones fragiles. Certains types d'espaces avec MSP, mais pas tous, connaissent une évolution favorable et significative de la densité de médecins. Ces résultats questionnent, entre autres, la méthode utilisée et la pertinence de généraliser ce dispositif dans tous les espaces.

Une partie des résultats peut s'expliquer par des choix méthodologiques. Par exemple, afin d'avoir des effectifs cas et témoins suffisants, des regroupements de classes ont été menés, pouvant expliquer l'hétérogénéité des résultats. D'autres éléments d'explications sont possibles : une période d'étude de « l'après » maisons de santé encore courte, le choix d'une date charnière, ou encore l'impossibilité de distinguer les maisons de santé mono-sites de celles multi-sites. Ces contraintes pourront être contournées avec le temps, augmentant ainsi l'échantillon des maisons de santé et la période d'étude « en après ». En revanche, la distinction des maisons monosites de celles multisites relève des critères de saisi de l'observatoire des recompositions. L'absence de possibilité de les étudier séparément empêche actuellement d'en connaître plus spécifiquement les impacts.

L'hétérogénéité des résultats suggère également, que les maisons de santé fonctionneraient dans certains espaces : c'est-à-dire qu'elles enraieraient l'érosion de l'offre et parfois l'amélioreraient. Ainsi, les maisons de santé n'ont pas les mêmes impacts selon les types d'espaces et ne sont pas appelées à être généralisées sur l'ensemble du territoire national. Si elles semblent efficaces dans les bassins de vie moins dotés en offre de soins, ou dans certains espaces périurbains, elles l'apparaissent moins dans les bassins de vie mieux dotés en particulier ceux du rural profond. On observe les mêmes tendances dans les espaces en dépeuplement avec toutefois des effectifs restreints. Des dynamiques contrastées sont également observées selon la densité de médecins généralistes libéraux de moins de 45 ans. Les bassins de vie touristiques et du rural profond avec maisons de santé ont une détérioration significativement moindre de la densité que les témoins, mais une dynamique toujours défavorable, qui ne s'infléchit pas après la mise en place maisons de santé.

Les espaces avec maisons de santé, ruraux industriels et agricoles et ceux défavorisés, connaissent curieusement, entre 2008 et 2012, une diminution de la distance d'accès aux médecins généralistes libéraux. Néanmoins, au global, les distances augmentent toujours davantage entre 2004 et 2012 dans les espaces avec des MSP, mais de manière non significative. On peut également se demander si la différence entre des maisons de santé monosites et des multisites ne pourrait pas jouer sur la distance temps et si elle n'expliquerait pas en partie les résultats observés. Une étude prenant en compte spécifiquement le type de structures s'avèrerait pertinente pour mieux comprendre leurs impacts sur la distance d'accès aux soins.

Les terrains menés démontrent que les maisons de santé apportent une plus value à l'offre de soins territoriales mais aussi en terme de suivi des patients et de prévention. Elles n'entraînent pas, dans les cas de figures étudiés, des recompositions d'offre de soins défavorables à l'accessibilité aux soins, à l'exception de nouvelles implantations souvent excentrées du cœur du bourg.

Les maisons de santé participent de plusieurs façons aux dynamiques territoriales.

Elles entraînent des reconfigurations des jeux d'acteurs et notamment entre élus et professionnels de santé et participent à l'attractivité du territoire. Les problématiques liées à l'accès aux soins trouvent davantage d'échos dans les espaces moins dotés et dans les petites communes. Les maisons de santé ont particulièrement des répercussions sur le maillage officinal et les pharmaciens sont vigilants à ce que les projets en place ne le déstabilisent pas.

D'autres acteurs craignent que les maisons de santé renforcent une polarisation de l'offre dans les bourgs des territoires ruraux, ou une concentration excessive de celle-ci. Le maintien de la proximité passe par celui de cabinets périphériques maintenant le maillage préexistant et par la concertation de tous les acteurs concernés (concurrence, pharmacie, etc.).

Conclusion

Cette recherche a permis de d'étudier dans quelles dynamiques spatiales et territoriales s'inscrivent les maisons de santé.

Il convient de rappeler les principaux résultats, les principaux apports méthodologiques, les pistes de réflexion et les questions soulevées par cette contribution.

La première partie a mis en évidence différents types d'espaces fragiles ou défavorisés en France selon plusieurs marqueurs territoriaux tels que le peuplement, l'économie, l'état de santé, l'accès aux services et aux soins. Certaines structures spatiales se distinguent : les quartiers prioritaires de la politique de la ville ou les espaces ruraux peu denses et enclavés de la « diagonale du vide ». Des études originales ont montré les communes « désertées » et fragiles au regard de l'offre de médecins à l'échelle nationale, et la manière dont les inégalités spatiales d'accès aux soins se renforcent au détriment des communes rurales. Différentes mesures ont été mises en place pour attirer les médecins dans les zones sous-dotées, dont les maisons de santé, ces dernières apparaissant consensuelles auprès des jeunes médecins, des élus locaux, de l'Assurance Maladie et de l'État.

La deuxième partie a montré d'une part des logiques d'implantation des maisons de santé à différentes échelles et, d'autre part, l'intérêt d'inclure plusieurs dimensions dans la définition d'espaces fragiles ou défavorisés en offre de soins.

A l'échelle nationale de fortes composantes régionales et départementales ressortent. Des régions apparaissent pionnières (Bourgogne, Franche-Comté, Lorraine, Rhône-Alpes, Bretagne ...), suivies par certaines (Centre, Pays-de-la-Loire) avec un essor rapide alors que d'autres sont moins concernées (Alsace, Provence-Alpes-Côte-D'azur, Corse). Au sein des régions, des départements apparaissent bien maillés et d'autres au contraire très peu. Par ailleurs, la distribution spatiale des maisons de santé met en évidence l'importance de leur implantation dans les marges régionales et départementales.

A l'échelle intermédiaire, celles des bassins de vie pour l'espace à dominante rurale et des pseudo-cantons pour l'espace à dominante urbaine, les typologies élaborées montrent que les maisons de santé sont principalement implantées dans des espaces à dominante rurale. Parmi eux la plupart sont peu ou mal dotés en généralistes et ont des besoins de soins plus importants que la moyenne. Dans les espaces à dominante urbaine, les MSP sont davantage situées dans les franges périphériques souffrant d'un manque d'offre. L'implantation des MSP suggèrent qu'elles répondent à des besoins différenciés selon les types d'espaces dans lesquels elles se trouvent : vieillissement en milieu rural, état de santé dégradé et/ou situation socio-économique défavorable dans les espaces industriels, ou gain de population dans le périurbain.

A l'échelle communale, les MSP sont implantées dans des pôles de services, le plus souvent déjà équipés d'une offre de soins, ce qui contribue à renforcer les centralités existantes. En revanche, les maisons de santé sont peu implantées dans les petites communes rurales « désertées » par les

médecins généralistes libéraux ou menacées de l'être. Ceci s'explique notamment par le cahier des charges qui impose un minimum de deux médecins généralistes.

Ces résultats montrent une logique générale d'implantation des maisons de santé maintenant ou rééquilibrant l'offre de soins, et correspondant en grande majorité aux espaces ciblés par la politique de soutien aux maisons de santé.

L'analyse des espaces fragiles ou défavorisés issus des typologies socio-sanitaires met en évidence l'intérêt d'une approche pluridimensionnelle pour les appréhender. En effet, ils ne se caractérisent pas uniquement par une faible dotation en offre de soins mais aussi par une érosion de celle-ci, des difficultés socio-économiques et/ou sanitaire, un vieillissement plus important de la population, ou encore un éloignement aux services supérieurs. L'exemple des espaces ruraux en dépeuplement a illustré leur très grande fragilité comparativement aux autres.

La troisième partie a révélé une pluralité de situations locales et de systèmes d'acteurs nourrissant les dynamiques territoriales des maisons de santé à différentes échelles géographiques.

Les régions Midi-Pyrénées et Lorraine diffèrent par l'ancienneté de leur politique de soutien aux maisons de santé et des échanges entre les différents acteurs concernés par la démographie médicale. La mise en œuvre du plan d'équipement en maisons de santé initié par l'État s'est aussi faite de manière différente dans ces régions. Par ailleurs, des départements sont apparus comme très investis vis-à-vis des MSP, et ce, depuis le début des années 2000, comme l'a montré l'exemple de la Meuse, alors que d'autres, comme la Moselle, n'ont pratiquement pas de maison de santé illustrant la encore des logiques propres.

A l'échelle locale, différents systèmes d'acteurs ressortent au sein des communes ou des intercommunalités concernées. Les systèmes locaux « unis » coïncident avec des territoires où l'ensemble des acteurs est conscient des difficultés actuelles ou à venir concernant l'offre de médecins généralistes, et s'accorde sur l'intérêt d'un projet visant à attirer des médecins. Au cœur des systèmes locaux « fragmentés concurrentiels », des conflits entre cabinets de médecins concurrents se cristallisent autour du projet de maison de santé. Les élus y ont une marge de manœuvre réduite, ne pouvant pas aider l'un ou l'autre des cabinets ce qui pourrait être apparenté comme de l'aide à la concurrence. Les systèmes « fragmentés unidirectionnels » se caractérisent par l'élaboration d'un projet de MSP soit par les élus, soit par les médecins. Il est plus difficile pour les élus de faire venir les médecins dans la structure et le risque est grand que celle-ci soit vide. En revanche, lorsque les professionnels de santé s'investissent, ils peuvent se tourner vers des fonds privés pour achever le projet à défaut d'aide financière des élus.

L'emboîtement de ces différents niveaux d'acteurs et leurs interactions révèle l'importance du niveau local. Les niveaux régionaux et départementaux mettent en œuvre des politiques pour soutenir les porteurs de projets de MSP et apparaissent ainsi facilitateurs. Ils doivent nécessairement trouver un écho local, auprès des professionnels de santé, pour que les projets aboutissent. En revanche, les professionnels de santé peuvent s'affranchir des contextes régionaux ou départementaux dans leur conduite de projet. Ces résultats illustrent bien la complexité et la diversité des territoires, d'autant plus lorsque l'on prend en compte leur dimension de pluri-appartenance spatiale.

La quatrième partie a étudié l'évolution de l'offre de médecins généralistes libéraux dans les espaces avec des maisons de santé sur, effets qui varient tant selon le type d'espace que selon les échelles d'analyse.

Dans l'espace à dominante rurale, les espaces ruraux défavorisés avec maisons de santé connaissent une évolution significativement plus favorable de l'offre de médecins généralistes libéraux que les espaces témoins. Des tendances similaires d'évolution, mais moins significatives, sont également observées sur les densités de généralistes de moins de 45 ans. L'évolution des distances aux généralistes consécutive à la mise en place de maison de santé montre un maintien et une amélioration du maillage dans certains espaces.

Dans l'espace à dominante urbaine, les espaces périphériques avec maisons de santé enregistrent une amélioration de l'offre de soins.

Localement, les maisons de santé permettent de maintenir voire d'attirer des médecins, mais surtout de regrouper les professionnels de premier recours dans une structure unique et de proposer une nouvelle gamme de soins autour d'un projet de santé territorialisé. Néanmoins, ces structures ont tendance à être construites *ex-nihilo* et hors du centre-bourg, éloignant ainsi l'offre de soins des anciens cabinets.

Les collectivités locales consacrent des efforts financiers nouveaux pour ces structures, dont elles sont propriétaires, qui peuvent aussi s'ancrer dans la durée (participation au fonctionnement, emprunt pour financer le reste de la construction). Le basculement du cadre d'exercice des médecins libéraux vers un outil dont ils ne sont plus propriétaires engendre des nouveaux rapports entre professionnels de santé et élus locaux qui nécessitent d'être anticipés un maximum (négociation et renégociation du loyer, rachat du cabinet etc.).

Cette recherche conforte des démarches méthodologiques éprouvées et ouvre de nouvelles perspectives notamment dans le cadre de l'évaluation de politiques publiques

L'articulation conjointe d'approches quantitatives et qualitatives permet de discuter les résultats apportés par l'une et l'autre de ces approches. Ces démarches, également menées à différents échelles géographique, illustrent l'importance de l'imbrication de systèmes territoriaux dans le déploiement des maisons de santé.

En outre, l'utilisation de typologies spatiales pour décrire les espaces d'implantation s'avère un outil efficace. De plus, une innovation méthodologique a été apportée, en mobilisant ces typologies pour comparer des espaces ayant bénéficié du dispositif « maisons de santé » et ceux qui n'en ont pas bénéficié afin de tenter d'évaluer leurs effets. Cette démarche pourrait être mobilisée dans l'évaluation d'autres politiques territorialisées comme, par exemple, les zonages d'éducation prioritaire ou les zones urbaines sensibles.

L'analyse de l'implantation des maisons de santé à différentes échelles géographiques a illustré des logiques qui gagneraient à être explorées sur des effectifs plus grands de maisons de santé. Les tendances observées, comme la polarisation en milieu rural dans les pôles de services intermédiaires,

ou encore la localisation dans des pôles de proximité dans les espaces périurbains, pourraient être confortées ou nuancées.

Cette recherche participe à l'évaluation d'une politique publique et conforte l'intérêt des dispositifs visant à rompre l'isolement des professionnels de santé

Elle apporte des informations relatives à la localisation des maisons de santé, comme à l'évolution de l'offre de médecins généralistes libéraux dans les espaces concernés. Elle éclaire ainsi sur leur efficacité vis à vis de leurs objectifs initiaux : attirer des médecins dans les zones sous-dotées. Ces résultats sont d'autant plus cruciaux que le peu d'évaluations existant concernant les mesures pour améliorer la répartition des médecins est souvent déploré (Cour des comptes, 2014), et que de nombreux espaces sont confrontés à un recul de leur offre de soins. Les résultats relativement encourageants mis en avant ici confirment ceux d'autres recherches sur l'impact favorable des mesures visant à rompre l'isolement des professionnels dans les zones défavorisées (Bourgueil *et al.*, 2006 ; Bärnighausen et Bloom, 2011).

En revanche, les résultats montrent dans certains types d'espaces une évolution non significativement différente de l'offre de soins entre espaces avec et sans MSP. Ceci suggère que ces structures ne constituent pas une solution unique aux problèmes rencontrés dans les espaces peu attractifs pour les médecins. De plus, ces structures ne sont pas implantées dans les communes les plus fragiles en offre de soins, celles dotées d'un seul médecin généraliste étudiées dans la première partie. Chaque commune française ne pouvant raisonnablement pas accueillir une maison de santé, il serait judicieux de mener une réflexion sur la manière dont une offre de soins pourrait être maintenue dans ces espaces particulièrement fragiles. Actuellement, la mise en place d'antennes avec des consultations temporaires de généralistes peut parfois buter sur des obstacles (comme la concurrence) empêchant le maintien d'une offre de soins de proximité.

Cette recherche ouvre des pistes de recherche pour approfondir la connaissance des espaces fragiles ou défavorisés

Les caractéristiques des espaces ruraux fragiles ou défavorisés témoignent de l'intérêt d'une réponse politique plus globale à leur égard. En effet, les difficultés de ces espaces ne concernent pas seulement l'offre de soins. Celle-ci apparaît comme un marqueur, parmi d'autres, de difficultés plus profondes. Par exemple, on observe un vieillissement plus prononcé de la population dans certains espaces ruraux, qui interroge plusieurs politiques comme le social, le médical ou le transport (Bontron, 2013 ; Savignat, 2013). On y observe aussi une distance plus forte à certains types de services, en particulier ceux des gammes intermédiaires et supérieures.

Le recul de certains services publics y est souvent mis en avant sans pour autant que des études nationales les décrivent. Il pourrait être intéressant d'approfondir la description d'espaces fragiles, défavorisés ou en désertification en s'intéressant à d'autres marqueurs territoriaux tels que les services publics (poste, école, trésorerie générale) ou des services marchands du quotidien

(boulangerie, banque, bar-tabacs, épicerie). Cette démarche permettrait alors de faire ressortir les territoires les plus en souffrances face aux dynamiques de ces services.

Par ailleurs, d'autres dispositifs visent à garantir la présence de services au public dans les territoires ruraux. Ainsi le gouvernement ambitionne de mailler le territoire national de 1 000 maisons de services au public d'ici fin 2016. Ces structures sont des lieux de mutualisation de service regroupant plusieurs opérateurs nationaux comme la caisse d'allocation familiale, pôle emploi, EDF, la SNCF, ou encore la caisse primaire d'Assurance Maladie. L'étude de leur localisation, permettrait peut-être, comme pour les maisons de santé, de révéler des espaces fragiles ou défavorisés.

Il conviendrait aussi de questionner la non-attractivité de certains espaces pour les populations et les médecins. L'exemple des espaces ruraux en dépeuplement montre en effet leur « surfragilité » comparativement aux restes des espaces ruraux. Une étude de la Datar (2013) révèle des dissemblances entre les zones théoriquement attractives ou répulsives pour les médecins et leur installation. Ce travail renforce l'idée que la seule structure spatiale ne détermine pas l'installation des médecins mais que d'autres facteurs jouent, d'ordres personnels. Des approches qualitatives complémentaires auprès de populations, d'élus ou encore d'entreprises approfondiraient la connaissance de la fragilité de ces espaces.

Cette recherche ouvre également de nouvelles perspectives de recherche au sujet des maisons de santé

Des inconnues demeurent sur le fonctionnement et la pérennité des maisons de santé. Des exemples ont montré dans la quatrième partie des structures sans médecins ou dont les médecins ont quitté la structure. Des approches qualitatives pourraient explorer les raisons poussant les professionnels à quitter une maison de santé, ou celles pour lesquelles il n'y a pas de médecins qui ont pris la relève dans la structure.

D'autres incertitudes portent sur le modèle économique de ces structures, dont les professionnels attendent des financements pour le fonctionnement. Les nouveaux modes de rémunération généralisés par le Ministère de la santé en 2015, répondent en partie à ce questionnement. Des études sur le coût pour la collectivité et les professionnels s'avèreraient pertinentes pour éviter des projets surdimensionnés.

Des études complémentaires pourront être mises en œuvre à moyen terme afin de confronter les premiers résultats encourageants observés sur l'évolution de la densité de médecins généralistes libéraux dans les espaces avec maisons de santé. Cela conduira à élargir notre échantillon de maisons de santé, évitant des regroupements de classe, et à obtenir une période d'étude « en après » plus longue. Ces éléments permettront probablement de mieux cerner l'effet des maisons de santé sur l'offre de soins, mais aussi l'efficacité de notre modèle.

Des questions demeurent en suspens concernant l'accès aux soins dans les espaces fragiles ou défavorisés

L'enjeu de la pérennité de l'accès aux soins dans ces espaces n'est pas nouveau. La liberté d'installation des médecins, déjà remise en cause par plusieurs rapports (Bernier, 2008 ; Maurey, 2013), est-elle toujours envisageable ? Faut-il mettre en œuvre des mesures plus contraignantes sur l'installation des médecins, dans ces espaces fragiles ou défavorisés ? *A contrario*, est-il possible ou raisonnable de demander à des médecins d'exercer dans des endroits « désertés » ? Quelles sont les mesures à mettre en place dans ces espaces afin de maintenir un accès aux soins suffisant tout en prenant pleinement en compte leurs spécificités ?

Contraindre l'installation dans les zones surdotées, comme le fait l'assurance maladie avec les autres professionnels de premiers recours, est l'une des options envisageables afin de maintenir une offre de médecins de proximité. Une autres piste serait l'instauration d'une obligation de service public pour les médecins en début de carrière dans les zones particulièrement sous dotées (Maurey, 2013). D'autres solutions seraient d'insister sur la formation en rendant obligatoire les stages en milieu rural afin de susciter des vocations. Il apparait évident, au vu des dynamiques observées dans ces espaces, que ces questions doivent trouver des réponses rapides, sous réserve de voir l'accès aux soins continuer à se dégrader.

Enfin, les politiques destinées aux espaces fragiles ou défavorisés, en dépeuplement ou non, doivent relever d'une politique globale d'aménagement du territoire, jouant sur plusieurs faisceaux dont celui de l'offre de soins, qui apparait indispensable dans l'attractivité de ces espaces.

Bibliographie

Abrantes, P., C. Soulard, F. Jarrige, et L. Laurens. 2010. Dynamiques urbaines et mutations des espaces agricoles en Languedoc-Roussillon (France). *Cybergeo : European Journal of Geography*.

Afrite, A., Y. Bourgueil, D. Fabien, et J. Mousquès. 2013. L'impact du regroupement pluriprofessionnel sur l'offre de soins Objectifs et méthode de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération. *Questions d'économie de la Santé* (189):6.

Afrite, A., et J. Mousquès. 2014. Les formes du regroupement pluriprofessionnel en soins de premiers recours. Une typologie des maisons, pôles et centres de santé participant aux Expérimentation des nouveaux modes de rémunération. *Questions d'économie de la Santé* (201):6.

Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (Acsé), 2011, appel à projet « renforcement de l'offre de soins de premier recours dans les quartiers de la politique de la ville » - cahier des charges

Allemand, S. 2012. Shrinking cities : une chance pour la ville de demain ? *L'Économie politique* 53 (1):26–30.

Amat-Roze, J.-M. 2011a. La santé, une construction interdisciplinaire. L'exemple du dialogue géographie – Santé – Territoire. *Recherche en soins infirmiers* N° 106 (3):5–15.

Alouis, K. 2013. *La géographicit  des médecins libéraux : application à la métropole parisienne de la fin du XIXème siècle à 2012*. Paris 10.

Amat-Roze, J.-M. 2011b. La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat. *Hérodote* n  143 (4):13–32.

Angeon, V. 2008. L'explicitation du rôle des relations sociales dans les mécanismes de développement territorial. *Revue d' conomie Régionale & Urbaine* juin (2):237–250.

Angeon, V., et N. Bertrand. 2009. Les dispositifs français de développement rural : quelles proximités mobilisées ? *Géographie,  conomie, société* Vol. 11 (2):93–114.

Arcaya, M., M. Brewster, C. M. Zigler, and S. V. Subramanian. 2012. Area variations in health: a spatial multilevel modeling approach. *Health & place* 18 (4):824–831.

Archimbaud, A. 2013. *L'accès aux soins des plus démunis : 40 propositions pour un choc de solidarité*.

Assemblée Nationale. Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques. 2012. *Rapport d'information sur l'évaluation de la politique d'aménagement du territoire en milieu rural*. Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques.

Attal-Toubert, K., et M. Vanderschelden. 2009. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. *Etudes et résultats* (679).

Atun, R. 2004. *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Aubert, F., D. Lepicier, et P. Perrier-Cornet. 2006. Structure économique des territoires : une analyse des disparités micro-régionales à l'échelle des pays en France. *Revue d'Économie Régionale & Urbaine* juillet (2):203–225.

Audric, S. 2004. L'exercice en groupe des médecins libéraux. *Etudes et résultats* (314).

Aulagnier, M., Y. Obadia, A. Paraponaris, B. Salibba-Serre, B. Ventelou, P. Verger, and F. Guillaumat-Tailliet. 2007. L'exercice de la médecine générale libérale - Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises. *Etudes et résultats* (610).

Autès, M., and M.-G. Dufay. 2009. Maisons de santé et aménagement du territoire : une dynamique à partager. *Santé Publique* Vol. 21 (hs1):17–25.

Askenazy P., B. Dormont, P.-Y. Geoffard. 2013. Pour un système de santé plus efficace, *Les notes du Conseil d'Analyse Economique*, n°8, juillet

Bailly, A. S., and M. Périat. 1997. La médocométrie ou l'étude de l'impact territorial des infrastructures de santé.

Barer, M. L., G. L. Stoddart, and U. of B. C. H. H. R. Unit. 1999. *Improving Access to Needed Medical Services in Rural and Remote Canadian Communities: Recruitment and Retention Revisited*. McMaster University Centre for Health Economics and Policy Analysis.

Barlet, M., and C. Collin. 2009. La localisation des professionnels de santé libéraux. *Comptes nationaux de la santé*.

Barlet, M., C. Collin, M. Bigard, and D. Lévy. 2012a. Offre de soins de premier recours : proximité ne rime pas toujours avec accessibilité. *Etudes et résultats* (815).

Barlet, M., M. Coldefy, C. Collin, and V. Lucas-Gabrielli. 2012b. L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes. *Questions d'économie de la Santé* (174).

Bärnighausen, T., and D. E. Bloom. 2011. The Global Health Workforce. In *The Oxford Handbook of Health Economics*, eds. S. Glied and P. C. Smith. Oxford University Press

Barthe, L., and J. Milian. 2011. Les espaces de faibles densité, processus et scénarios. In *Territoires 2040*, 151 – 183. La Documentation Française.

Baudier, F., Y. Bourgueil, I. Evrard, A. Gautier, P. Le Fur, and J. Mousquès. 2010. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. *Questions d'économie de la Santé* (157).

Bauer, G., and J. M. Roux. 1976. *La Rurbanisation ou la Ville éparpillée*. Éditions du Seuil.

Bertrand, A. 2014. *Hyper-ruralité*. Sénat.

Beauchard, J. 2004. *La mosaïque territoriale. Enjeux identitaires de la décentralisation* Edition de l'Aube. Paris.

Beauté J., Bourgueil Y., Mousquès J. (2007). Baromètre des pratiques en médecine libérale. Résultats de l'enquête 2006 - L'organisation du travail et la pratique de groupe des médecins généralistes bretons. Irdes, *Document de travail*, n° 5

Bel, M. 2010. Compétences et dynamiques territoriales : quelles interactions ? *Géographie, économie, société* Vol. 11 (3):213–232.

Bergouignan, C. 2005. *La population de la France: évolutions démographiques depuis 1946*. INED.

Berriet-Sollic, M., A. Le Roy, and A. Trouvé. 2009. Territorialiser la politique agricole pour plus de cohésion. *Économie rurale* 313-314 (5):129–146.

Berland, Y. 2002. *Mission démographie des professions de santé*.

Berland, Y. 2005. *Commission Démographie médicale*.

Bernier, M. 2008. *Mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire*.

Berryman, S. N., S. P. Palmer, J. E. Kohl, and J. S. Parham. 2013. Medical Home Model of Patient-Centered Health Care. *MEDSURG Nursing* 22 (3):166–196.

Bessières, S., P. Breuil-Genier, and S. Darriné. 2004. La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national. *Etudes et résultats* (352).

Besson, B. 2012. Maisons de santé : le bon remède. *La nouvelle république*.

Béteille, R. 1981. *La France du vide*. Paris: Lexis Nexis.

Béteille, R. 1997. *La Crise Rurale*. Paris: Presses Universitaires de France - PUF.

Béziau, J. 2014. 30 ans de démographie : la Lorraine réduit son déficit migratoire. *Insee Lorraine* (329).

Bienvault, P. 2011. Jacques Pellissard : « des maires ont créé des maisons médicales qui sont quasi vides ». *La Croix*, 14 avril 2011

Bigard, M., et E. Durieux. 2010. Occupation du territoire et mobilités : une typologie des aires urbaines et du rural. *Insee références*.

Billaut A., Breuil-Genier P., Collet M., Sicart D., (2006). Les évolutions démographiques des professions de santé. Données sociales, Insee.

Bilodeau, H. 2006. *Analyse des facteurs d'attraction, d'installation et de maintien de la pratique médicale dans les régions éloignées du Québec: rapport abrégé*. Montréal: GRIS, Université de Montréal.

Blondin, S. 2012. *Zones rurales, à votre santé*. Paris: Ginkgo éd.

Bongrand, P., and P. Laborier. 2005. L'entretien dans l'analyse des politiques publiques : un impensé méthodologique ? *Revue française de science politique* Vol. 55 (1):73–111.

- Bontron, J.-C., L.-M. Voisin, J. Vincent, and M. Gueneau. 2012. Santé en milieu rural : réalités et controverses. *POUR* (214).
- Bontron, J.-C. 2013. L'accès aux soins des personnes âgées en milieu rural : problématiques et expériences. *Gérontologie et société* n° 146 (3):153–171.
- Bossuet, L. 2007. Les conflits du quotidien en milieu rural étude à partir de cinq communes. *Géographie, économie, société* Vol. 9 (2):141–164.
- Bossuet, L. 2013. Les ruralités du quotidien ou de nouvelles alliances. *Géographie, économie, société* Vol. 15 (1):47–65.
- Boulineau, E., L. Merchez, H. Roth, and A. Delage. 2009. Les espaces du vote en Europe. La participation aux élections du Parlement européen de 2004. *Cybergeo : European Journal of Geography*. <http://cybergeo.revues.org/22165> (last accessed 7 August 2014).
- Bourdeau-Lepage, L., and É. Tovar. 2013. Quelle fracture socio-spatiale à l'heure du Grand Paris ? Le cœur de l'Île-de-France à la dérive. *Revue d'Économie Régionale & Urbaine* août (3):491–521.
- Bourdillon, F. 2005. Les territoires de la santé, maillon clé de l'organisation sanitaire. *Revue française d'administration publique* n°113 (1):139–145.
- Bourgueil, Y., J. Mousquès, and A. Tajahmadi. 2006. Améliorer la répartition géographique des professionnels de santé : les enseignements de la littérature. *Questions d'économie de la Santé* (116).
- Bourgueil, Y., J. Mousquès, A. Marek, and A. Tajahmadi. 2007. Améliorer la répartition géographique des médecins : les mesures adoptées en France. *Questions d'économie de la Santé* (122).
- Bourgueil, Y., A. Marek, and J. Mousquès. 2009a. La pratique collective en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives dans le contexte français. *Santé Publique* 21 (hs1):27–38.
- Bourgueil, Y., A. Marek, and J. Mousquès. 2009b. Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. *Questions d'économie de la Santé* (141).
- Bourgueil, Y., M.-C. Clément, P.-E. Couralet, J. Mousquès, and A. Pierre. 2009c. Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne. *Questions d'économie de la Santé* (147).
- Bourgueil, Y. 2013. La mutation des modes de paiement des professionnels en soins primaires au Canada et en France. *Les Tribunes de la santé* n° 40 (3):63–68.
- Bourniquel, C., T. Guillaume. 2012. Les disparités territoriales à travers 127 bassins de vie. n°146
- Bouvier, G., et C. Pilarski. 2008. Soixante ans d'économie française : des mutations structurelles profondes. *INSEE Première* (1201).
- Bras, P. L. 2011. Réorganiser les soins de premier recours : les maisons médicales centrées sur le patient aux États-Unis. *Pratiques et Organisation des Soins* Vol. 42 (1):27–34.

- Breton, M., J.-F. Lévesque, R. Pineault, and W. Hogg. 2011. L'implantation du modèle des groupes de médecine de famille au Québec : potentiel et limites pour l'accroissement de la performance des soins de santé primaires. *Pratiques et Organisation des Soins* 42 (2):101–109.
- Brillet, P. 1995. Quelques libres propos sur les relations entre géographie de la Santé et Santé Publique. *Espace Populations Sociétés* 13 (1).
- Brodaty, T., B. Crépon, and D. Fougère. 2008. Les méthodes micro-économétriques d'évaluation et leurs applications aux politiques actives de l'emploi. *Economie & prévision* n° 177 (1):93–118.
- Brunet, R., R. Ferras, and H. Théry. 2005. *Les mots de la géographie : Dictionnaire critique* 3e édition revue et augmentée. La Documentation Française.
- Brunet, R. 2005. *Le développement des territoires : formes, lois, aménagement*. Editions de l'Aube.
- Brutel, C., and D. Lévy. 2011. Le nouveau zonage en aires urbaines de 2010. 95 % de la population vit sous l'influence des villes. *INSEE Première* (1374).
- Brutel, C. 2012. Les bassins de vie 2012, présentation lors de la Commission Territoires du Cnis
- Brutel, C., et D. Levy. 2012. Le nouveau zonage en bassins de vie de 2012, trois quarts des bassins de vie sont ruraux. *INSEE Première* (1425).
- Bui Dang Ha Doan J. 1963. Situation actuelle du peuplement médical en France. *Cahiers de sociologie et de démographie médicale*.
- Buffay, S. 2012. Mise en place d'un comité de représentants des usagers dans une maison de santé pluridisciplinaire. Document de travail.
- Buxeda, C. 2003. L'apprentissage de l'allemand dans le grand est français : une approche a différents niveaux géographiques. *6e journées Théo Quant*.
- Buykx, P., J. Humphreys, J. Wakerman, and D. Pashen. 2010. Systematic review of effective retention incentives for health workers in rural and remote areas: Towards evidence-based policy. *Australian Journal of Rural Health* 18 (3):102–109.
- Caille, P. 1982. Équipements : les banlieues à la traîne. *Economie et statistique* 150 (1):33–43.
- Caisse des dépôts. 2005. Enquête mairie-conseils 2004 sur « les nouveaux habitants des territoires ruraux.
- Carson, V., R. J. Iannotti, W. Pickett, and I. Janssen. 2011. Urban and rural differences in sedentary behavior among American and Canadian youth. *Health & Place* 17 (4):920–928.
- CAS, Centre d'analyse stratégique. 2011. Quelles opportunités pour l'offre de soins de demain ? Les coopérations entre professionnels de santé. *La note d'analyse* n° 254
- Chalard, L. 2011. Les évolutions démographiques 1999-2007 de la France métropolitaine : continuités ou ruptures ? *Espace populations sociétés. Space populations societies* (2011/3):441–457.

Charreire, H., and É. Combier. 2006. Équité socio-spatiale d'accès aux soins périnataux en milieu urbain : utilisation des techniques géographiques pour la planification sanitaire. *Espace populations sociétés*. *Space populations societies* (2006/2-3):313–327.

Chevillard, G. 2010. Réflexion sur les zonages et l'offre de soins de premiers recours. Mémoire de master 1. Université de Paris-Ouest-Nanterre-La-Défense

Chevillard, G. 2011. Analyse exploratoire de l'implantation de maisons de santé : dynamiques territoriales et accès aux soins en Bourgogne. Mémoire de master 2. Université de Paris-Ouest-Nanterre-La-Défense

Chevillard, G., J. Mousquès, V. Lucas-Gabrielli, et Y. Bourgueil. 2013a. Répartition géographique des maisons et pôles de santé en France et impact sur la densité de médecins généralistes libéraux. *Questions d'économie de la santé* n°190

Chevillard, G., J. Mousquès, V. Lucas-Gabrielli, Y. Bourgueil, S. Rican et G. Salem. 2013b. *Maisons et pôles de santé : places et impacts dans les dynamiques territoriales d'offre de soins en France*. Document de travail, IRDES

Chevillard, G., J. Mousquès, V. Lucas-Gabrielli, Y. Bourgueil, S. Rican et G. Salem. (à paraître). Mesure de l'impact d'une politique publique visant à favoriser l'installation et le maintien de médecins généralistes : l'exemple du soutien développement des maisons et pôles de santé en France, *Revue d'économie régionale et urbaine*

Choussat, J. 1997. *Rapport d'ensemble sur la démographie médicale*. La documentation française. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/974071590/index.shtml> (last accessed 24 July 2013).

Christaller W., 1933, *Die zentralen Orte in Süddeutschland*, G. Fischer, Jena, (trad. anglaise : *Central Places in Southern Germany*, Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1966).

Clanché 2014, 30 ans de démographie de la France, Insee

Clarimont, S., J. Aldhuy, and O. Labussière. 2006. Les recompositions territoriales face à la faible densité: comparaison des « pays » aquitains et des comarcas aragonaises. *Annales de géographie* n° 647 (1):26–48.

Clavier, C. 2009. Les élus locaux et la santé : des enjeux politiques territoriaux. *Sciences sociales et santé* Vol. 27 (2):47–74.

CNAMTS. 2005. Avenant n°20 à la Convention Nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie signée le 12 janvier 2005

CNAMTS. 2007. Lettre-réseau LR/DDGOS/20/2007 du 23 mars 2007

CNAMTS, 2012. Rapport d'activité 2011

CNIS, Conseil national de l'information statistique. 2014. Commission Territoire, synthèse de la réunion du 24 octobre 2014.

CNOM. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2008. Maisons de santé interprofessionnelles et déontologie médicale. CNOM. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2009. Bulletin d'information n°6.

CNOM. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2012. Maisons de santé interprofessionnelles et déontologie médicale.

CNOM. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2014a. *Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1er janvier 2014*. Conseil national de l'Ordre des médecins

CNOM. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2014b. La démographie médicale en région Lorraine. Situation en 2013.

CNOM. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2014c. La démographie médicale en région Midi-Pyrénées. Situation en 2013.

Coldefy, M. 2010. De l'asile à la ville : une géographie de la prise en charge de la maladie mentale en France.

Coldefy, M., and V. Lucas-Gabrielli. 2008. *Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification*. Document de travail IRDES.

Coldefy, M., L. Com-Ruelle, V. Lucas-Gabrielli, and L. Marcoux. 2010. *Les distances d'accès aux soins en France métropolitaine au 1er janvier 2007*. Document de travail IRDES.

Coldefy, M., and V. Lucas-Gabrielli. 2012. Le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé ? Évolution de 2003 à 2011. *Questions d'économie de la Santé* (175).

Colin, M.-P., and D. Acker. 2009. Les centres de santé : une histoire, un avenir. *Santé Publique* 21 (HS 1):57 – 65.

Comber, A. J., C. Brunsdon and R. Radburn. 2011. A spatial analysis of variations in health access: linking geography, socio-economic status and access perceptions. *International Journal of health geography* 10:44

Couffinhal, A., V. Lucas-Gabrielli, and J. Mousquès. 2002. Où s'installent les nouveaux omnipraticiens? Une étude cantonale sur 1998-2001. *Questions d'économie de la Santé* (61).

Cour des comptes. 2011. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

Cour des comptes. 2012. *Rapport public annuel de la Cour des comptes*.

Cour des comptes. 2013. L'organisation territoriale de l'État.

Cours des comptes. 2014. *Les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé*. Cours des comptes.

Coyle, N., E. Strumpf, J. Fiset-Laniel, P. Tousignant, and Y. Roy. 2014. Characteristics of physicians and patients who join team-based primary care practices: Evidence from Quebec's Family Medicine Groups. *Health Policy* 116 (2–3):264–272.

Crépon, B. 2009. L'apport des expérimentations dans l'évaluation de l'impact des dispositifs publics. *Informations sociales* n° 150 (6):56–67.

CSMF. 2012. Communiqué du 13 décembre 2012.

CSMF. 2013. Communiqué du 7 février 2013.

Curtis, S. 1995. The geography of health: a british point of view. *Espace, populations, sociétés* 13 (1):49–58.

Damiani, G., G. Silvestrini, B. Federico, M. Cosentino, M. Marvulli, F. Tirabassi, and W. Ricciardi. 2013. A systematic review on the effectiveness of group versus single-handed practice. *Health Policy* 113 (1–2):180–187.

DATAR (1981), *La France rurale, images et perspectives*, Paris, La Documentation française.

Datar, Délégation à l'aménagement du territoire et à l'action régionale. 2010. Circulaire NOR N°EATV1018866C, relative au lancement d'un plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural.

Datar, Délégation à l'aménagement du territoire et à l'action régionale. 2012. *Dynamiques, interdépendance et cohésion des territoires - Rapport de l'Observatoire des territoires 2011*. La Documentation française.

Datar, Délégation à l'aménagement du territoire et à l'action régionale. 2013. Étude pour la caractérisation des zones en tension d'offre de soins. Document de travail.

Davezies, L. 2009. L'économie locale « résidentielle ». *Géographie, économie, société* Vol. 11 (1):47–53.

Davezies, L, M, Talandier. 2013. L'émergence des systèmes territoriaux productivo-résidentiels en France, La Documentation française

Delanoé, J.-Y., and C. Offrey. 2011. Maisons de santé pluriprofessionnelles : acteurs et financeurs. *Revue hospitalière de France* (542):68 – 71.

Delga, C., and P. Morel-A-l'Huissier. 2013. *Mission pour l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des services au public dans les territoires fragiles*. Assemblée Nationale.

Dépinoy, D. 2011. *Maisons de santé : une urgence citoyenne*. Paris: Santé.

DELLANDREA A. *Étude des relations interprofessionnelles entre médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeutes. Enquête quantitative auprès de professionnels lorrains*. Nancy : Université de Lorraine, 2013. 153 p.

De Legge, D. 2011. *Rapport d'information sur les conséquences de la révision générale des politiques publiques pour les collectivités territoriales et les services publics locaux*. Sénat.

Descours, C. 2003. Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire, Rapport Sénat, 69p.

Desjardins, X. 2014. La réforme par le changement d'échelle : retour sur une ambition déçue de la coopération intercommunale. *Géographie, économie, société* 16 (2):147–153.

Desprès, C., P. Dourgnon, R. Fantin, and F. Jusot. 2011. Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique. *Questions d'économie de la Santé* (170).

DGCL, Direction générale des collectivités locales. 2014. *les collectivités locales en chiffres*.

DGOS. 2011. Circulaire n° DGOS/R5/2011/311 du 1er août 2011 relative au guide méthodologique d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins (SROS-PRS).

DGOS. 2012. INSTRUCTION N° DGOS/R2/DSS/2012/07 du 4 janvier 2012 relative à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434 - 7 du code de la santé publique.

Dheur, P. 1817. La maison de santé d'Esquirol.

DHOS/O3/DSS/UNCAM. 2005. Circulaire n° 2005-63 du 14 janvier 2005 relative aux orientations propres à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux et aux modalités opérationnelles de définition des zones géographiques en vue de l'attribution d'aides aux médecins généralistes

DHOS/DSS/CNAMTS. 2007. Circulaire n° 2007-137 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire

DHOS/DSS/DREES/UNCAM. 2008. circulaire n° 2008-130 relative aux nouvelles modalités opérationnelles de définition des zones géographiques de répartition des médecins généralistes

DIACT. 2010. Circulaire NOR N°EATV1018866C relative au lancement d'un plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 2011. *Méthodes d'évaluation des politiques publiques : actes du séminaire*. Paris: La Documentation Française.

Dolea, C., L. Stormont, and J.-M. Braichet. 2010. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bulletin of the World Health Organization* 88 (5):379–385.

Donald, S. G., and K. Lang. 2007. Inference with Difference-in-Differences and Other Panel Data. *The Review of Economics and Statistics* 89 (2):221–233.

Dubuc, S. 2004. Dynamisme rural : l'effet des petites villes. *L'Espace géographique* tome 33 (1):69–85.

Dumont, G.-F. 2008. Une nouvelle France à aménager. *Population & Avenir* 689 (4):4–8.

Dumont, G.-F., and L. Chalard. 2010. L'attractivité des territoires. *Population & Avenir* 697 (2):14–16.

Dumont, G.-F. 2012. *Diagnostic et gouvernance des territoires: Concepts, méthode, application*. Armand Colin.

Duprat, J.-A. 2012. Restaurer le millefeuille. *Outre-Terre* 33-34 (3):61–73.

- Durand, J.-P. 2010. Maisons de santé, une histoire pas si neuve !... *Réseaux, Santé & Territoire* (31).
- Dussault, G., et M. C. Franceschini. 2006. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Human Resources for Health* 4:12.
- EGOS, Etats généraux de l'organisation de la santé. 2008. Synthèse des travaux des 2 journées nationales
- Erikson, C. E. 2013. Will new care delivery solve the primary care physician shortage?: A call for more rigorous evaluation. *Healthcare* 1 (1-2):8-11.
- Farmer, J., M. Prior, and J. Taylor. 2012. A theory of how rural health services contribute to community sustainability. *Social Science & Medicine* 75 (10):1903-1911.
- Fauvet, L. 2012. Les médecins au 1er janvier 2012. Études et résultats 796.
- Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS), D. Houssin, et O. de Rodat. 2010. *Inégalités socio-sanitaires en France de la région au canton*. Issy-les-Moulineaux: Masson.
- Ficqs, 2008. Rapport d'activité de 2007.
- Ficqs, 2009. Rapport d'activité de 2008.
- Ficqs, 2010. Rapport d'activité de 2009.
- Filippi, M., and A. Torre. 2003. Local organisations and institutions. How can geographical proximity be activated by collective projects? *International Journal of Technology Management* 26 (2/3/4):386.
- Fleuret, S. 2003. Recomposition du paysage sanitaire : quand les exigences territoriales rejoignent les enjeux de santé. *Géocarrefour* 78 (3):239-245.
- Fleuret, S., et Hoyez. A.-C., 2011. *Santé et géographie - Nouveaux regards*. Economica.
- FNAU, 2012, les grandes aires urbaines, dossier n°24
- Fol, S., and E. Cunningham-Sabot. 2010. « Déclin urbain » et Shrinking Cities : une évaluation critique des approches de la décroissance urbaine. *Annales de géographie* 674 (4):359-383.
- Fond d'intervention régional (FIR), 2013, rapport d'activité de 2012
- Fougère, D. 2010. Les méthodes économétriques d'évaluation. *Revue française des affaires sociales* n° 1-2 (1):105-128.
- Fouquet, A. 2010. L'usage des statistiques : de l'aide à la décision à l'évaluation des politiques publiques. *Revue française des affaires sociales* n° 1-2 (1):307-322.
- Fournier, C., M.-O. Frattini, and M. Naiditch. 2014. Dynamiques professionnelles et formes de travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé. *Questions d'économie de la Santé* (200).
- François-Poncet, J., and C. Belot. 2008. *Rapport d'information fait au nom de la Délégation à l'aménagement et au développement durable du territoire sur le nouvel espace rural français*,. Sénat.

- Frémont, A. 2009. À la recherche du rural perdu. *Géographie, économie, société* Vol. 11 (1):39–45.
- Gatrell, A. C. 2001. Guest editorial: Geographies of primary health-care: perspective and introduction. *Health & Social Care in the Community* 9 (5):263–265.
- Gautier, A. 2011. *Baromètre santé médecins généralistes 2009*. Saint-Denis: Inpes.
- Génin, H. 2011. L'approche monographique. Actes du séminaire « méthode d'évaluation des politiques publiques ».
- Génisson, C., and A. Milon. 2014. *Rapport d'information sur la coopération entre professionnels de santé*. Sénat - commission des affaires sociales.
- Gentile, S., B. Devictor, E. Amadeï, J. Bouvenot, A. C. Durand, and R. Sambuc. 2005. Les maisons médicales de garde en France. *Santé Publique* Vol. 17 (2):233–240.
- Givord, P. 2010. Méthodes économétriques pour l'évaluation de politiques publiques. Document de travail, Insee
- Godard M., Gravelle H., Hole A., Marini G., 2010, *Where did all the GPs go? Increasing supply and geographical equity in England and Scotland*, *Journal Health Service Research Policy*, Vol. 15 n°1.
- Gonnand L.-I. 2012. *recueil des attentes et du ressenti des professionnels de sante participant aux reunions de territoire du plan démographie meuse 2007/2017 : étude qualitative par entretiens semi-dirigés*. Thèse de médecine générale. Nancy : Université de Lorraine
- Grenier, A. 2004. Exercice groupé et réseaux de santé. La pratique de la médecine libérale sort de l'isolement. *Actualité et dossier en santé publique* (48).
- Grisson, J.-B. 2013. Ressources locales et développement territorial dans les très petites communes : un potentiel en question. *Géocarrefour* Vol. 88 (1):75–86.
- Grosjean, F. 2006. Un football des champs et un football des villes : analyse géographique du service football dans un cadre régional. *Staps* n° 74 (4):85–98.
- Großmann, K., M. Bontje, A. Haase, and V. Mykhnenko. 2013. Shrinking cities: Notes for the further research agenda. *Cities* 35:221–225.
- Guieysse, J.-A., et T. Rebour. 2012. Territoires ruraux : déclin ou renaissance ? *Population & Avenir* n° 710 (5), 4–8 et 24.
- Guilluy, C., C. Noyé, and D. Ragu. 2006. *Atlas des nouvelles fractures sociales en France : les classes moyennes précarisées et oubliées*. Paris: Ed. Autrement.
- Gumuchian, H., and C. Marois. 2000. *Initiation à la recherche en géographie : Aménagement, développement territorial, environnement*. Anthropos.
- Gumuchian, H., E. Grasset, R. Lajarge, and E. Roux. 2003. *Les acteurs, ces oubliés du territoire*. Economica.
- Haas, P. D. 2010. *Monter et faire vivre une maison de santé*. Le Coudrier Editions.

- Haggerty, J. L., D. Roberge, J.-F. Lévesque, J. Gauthier, and C. Loignon. 2014. An exploration of rural–urban differences in healthcare-seeking trajectories: Implications for measures of accessibility. *Health & Place* 28:92–98.
- Hancock, C., A. Steinbach, T. S. Nesbitt, S. R. Adler, and C. L. Auerswald. 2009. Why doctors choose small towns: a developmental model of rural physician recruitment and retention. *Social science & medicine* (1982) 69 (9):1368–1376.
- Hartmann, L., P. Ulmann, and L. Rochaix. 2006. L'accès aux soins de premier recours en Europe. *Revue française des affaires sociales* n° 2-3 (2):121–139.
- HAS. 2008. Maisons de santé : quel impact sur la qualité de l'offre en santé ?
- HCAAM. 2007. Rapport annuel du HCAAM.
- Heller, R. F., R. Edwards, L. Patterson, and M. Elhassan. 2003. Public health in Primary Care Trusts: a resource needs assessment. *Public Health* 117 (3):157–164.
- Herjean, P. 2006. L'approche multiniveau de la santé. *Cahiers de géographie du Québec* 50 (141):347.
- Hilal, M. 2007. Temps d'accès aux équipements au sein des bassins de vie des bourgs et petites villes. *Economie et statistique* (402).
- Hilal, M. 2012. La nouvelle typologie des campagnes françaises et des espaces à enjeux spécifiques. *Territoires en mouvement* (7):6 – 13.
- Hilal M., Schaeffer Y., Détang-Dessendre C., (2013), Espaces ruraux et ruptures territoriales in Laurent E. (2013), Vers l'égalité des territoires - Dynamiques, mesures, politiques. Rapport, La documentation française, pp. 62-77.
- Hilary, S., and A. Louvet. 2013. L'attractivité des académies pour les enseignants du second degré public en 2012.
- Hirczak, M., P. Chevalier, M. Dedeire, and L. Razafimahefa. 2011. Dynamiques rurales et trajectoires démographiques : comparaison France, Italie, Espagne. *L'Information géographique* Vol. 75 (2):68–87.
- Hofmacher M., H. Oxley, and E. Rusticelli. 2007. Improved health system performance through better care coordination. OCDE Health working paper
- Huard, P., and P. Schaller. 2014. Éléments pour une gestion stratégique d'une maison de santé. *Santé Publique* 26 (4):509–517.
- Hubert, E. 2011. *Mission de concertation sur la médecine de proximité*. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000622/index.shtml> (last accessed 11 May 2013).
- Hunsaker, M., and V. S. Kantayya. 2010. Building a Sustainable Rural Health System in the Era of Health Reform. *Disease-a-Month* 56 (12):698–705.

IGAS. 2004. *Etude des actions à mener pour favoriser le regroupement des professionnels de santé exerçant en libéral*. Rapport.

Imbens, G. W., and J. M. Wooldridge. 2009. Recent Developments in the Econometrics of Program Evaluation. *Journal of Economic Literature* 47 (1):5–86.

Insee. 2003. *Structuration de l'espace rural : une approche par les bassins de vie*.

Insee. 2011. *Panorama des villes moyennes, démographie, emploi et entreprises*. Document de travail.

Inserm, 2014, les inégalités socioterritoriales de l'insécurité alimentaire dans l'agglomération parisienne et ses liens avec le surpoids et l'obésité, Rapport, 104 p.

ISNAR-IMG. 2011. Enquête nationale sur les souhaits des internes de médecine générale.

Jansson, E., E. Fosse, and P. Tillgren. 2011. National public health policy in a local context--implementation in two Swedish municipalities. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)* 103 (2-3):219–227.

Johannet G. L'échec de la régulation in Bras P.L. et de Pouvourville G. et Tabuteau D. *Traité d'économie et de gestion de la santé*, (2009), Presses de sciences Po, Paris, pp : 275-286.

Journal officiel. 2003. Avis portant approbation de l'accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses nationales d'assurance maladie.

Juilhard, J.-M. 2007. *Offre de soins : comment réduire la fracture territoriale ?* Sénat - commission des affaires sociales.

Juilhard, J.-M., B. Crochemore, A. Touba, G. Vallancien, L. Chambaud, and F. Schaetzel. 2010. *Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement*. Ministère de la santé et des sports.

Julien, P. 2007. La France en 1916 bassins de vie. *Économie et Statistique* 402 (1):25–39.

Jusot, F., and J. Wittwer. 2009. L'accès financier aux soins en France : bilan et perspective. *Regards croisés sur l'économie* 5 (1):102–109.

Kauffmann, B. 2013. Les métiers en Lorraine : une surreprésentation, fruit de l'histoire. *Insee Lorraine* (325).

Kayser, B. 1996. *Naissance de nouvelles campagnes*. Paris : Datar Edition de l'Aube

Kayser, B. 1997. *La renaissance rurale. Sociologie des campagnes du monde occidental*. Paris : Armand Colin.

Kubiak, Y., and O. Serre. 2009. Départ du 13e RDP : un impact géographiquement très localisé. *Insee Lorraine* (186).

Labosse, L. 2010. Attractivité des territoires : 14 types de zones d'emploi. In *La France et ses régions*, Insee Références., 40 – 51.

Laditka, J. N., S. B. Laditka, and J. C. Probst. 2009. Health care access in rural areas: Evidence that hospitalization for ambulatory care-sensitive conditions in the United States may increase with the level of rurality. *Health & Place* 15 (3):761–770.

Laganier, J., and D. Vienne. 2009. Recensement de la population de 2006 La croissance retrouvée des espaces ruraux et des grandes villes. *INSEE Première* (1218).

Langlois, J. 2001. *La démographie médicale future : mesures proposées par l'Ordre des Médecins*.

Larid, M. 2010. Contribution méthodologique pour la connaissance du rôle des acteurs locaux dans la réalisation d'un projet de territoire : le cas du projet de la réserve naturelle de Réghaia dans la zone côtière Est de l'Algérois. *Développement durable et territoires. Économie, géographie, politique, droit, sociologie* (Vol. 1, n° 3).

Laurent E. (2013), Vers l'égalité des territoires - Dynamiques, mesures, politiques. Rapport, La documentation française

Le Faou, A.-L. L. 2003. *Les systèmes de santé en questions. Allemagne, France, Royaume-Uni, États-Unis et Canada*. Paris: Ellipses Marketing.

Legmann, M. 2010. *Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale*. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000184/> (last accessed 30 September 2014).

Lejoux, P. 2006. L'analyse de la géographie des flux touristiques en France métropolitaine : un autre regard sur l'attractivité des territoires. *Flux* 65 (3):33–46.

Le Menn, J., and A. Milon. 2014. *Rapport d'information sur les agences régionales de santé*. Sénat.

Lemoine, C. 2013. Évaluation qualitative du fonctionnement des Maisons de Santé et des Pôles de Santé Pluriprofessionnels en Lorraine. *5ème colloque annuel de la FEMALOR*.

Le Monde.fr. 2014. Les députés adoptent le projet de loi de réforme territoriale. *Le Monde.fr*. http://www.lemonde.fr/politique/article/2014/07/23/les-deputes-adoptent-le-projet-de-loi-de-reforme-territoriale_4461747_823448.html (last accessed 29 July 2014).

Léon, A., and T. Sauvin. 2010. L'entreprise et son empreinte territoriale : quelle politique d'attractivité ? *Mondes en développement* 149 (1):43–52.

Loncle, P. 2011. La jeunesse au local : sociologie des systèmes locaux d'action publique. *Sociologie* (N°2, vol. 2). <http://sociologie.revues.org/947?lang=en> (last accessed 19 September 2013).

Lévy, J. 1994. Oser le désert ? Des pays sans paysans. *Sciences Humaines* 4.

Lévy, J., et M. Lussault. 2003. *Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés*. Paris, France: Belin

Lévy, J., (2013), Quelle justice pour l'espace français ? in LAURENT E. (2013), Vers l'égalité des territoires - Dynamiques, mesures, politiques. Rapport, La documentation française, pp. 340-358.

Localtis.info. 2012. Installation des médecins : la position du conseil de l'Ordre séduit les collectivités.

LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009.

Lorcerie, F. 2010. Le faux départ des ZEP. *Cahiers libres* :37–56.

Lucas, V., and F. Tonnellier. 1995. Evolution départementale de l'offre et des soins médicaux : indicateurs économiques et indicateurs de santé. *Espace, populations, sociétés* 13 (1):67–73.

Lucas-Gabrielli, V., F. Tonnellier, and E. Vigneron. 1998. Une typologie des paysages socio-sanitaires en France. *Questions d'économie de la Santé* (10).

Macinko, J., B. Starfield, and T. Erinosho. 2009. The impact of primary healthcare on population health in low- and middle-income countries. *The Journal of ambulatory care management* 32 (2):150–171.

Mairie conseil. 2009. Accueil de nouvelles populations en milieu rural : bilan d'expérimentation. N° 225

Mao, P., C. Hautbois, and M. Langenbach. 2010. Développement des sports de nature et de montagne en France : diagnostic comparé des ressources territoriales. *Géographie, économie, société* 11 (4):301–313.

Marshall, R. C., M. Doperak, M. Milner, C. Motsinger, T. Newton, M. Padden, S. Pastoor, C. L. Hughes, J. LeFurgy, and S. K. Mun. 2011. Patient-centered medical home: an emerging primary care model and the military health system. *Military Medicine* 176 (11):1253–1259.

Maurey, H. 2013. *Déserts médicaux : agir vraiment*. Sénat.

Mayneris, F. 2011. Évaluation des politiques de clusters : sélection, autosélection et impact. *Reflets et perspectives de la vie économique* Tome L (1):109–115.

Mcgrail, M. R., J. S. Humphreys, C. Joyce, A. Scott, and G. Kalb. 2011. Rural Amenity and Medical Workforce Shortage: Is there a Relationship? *Geographical Research* 49 (2):192–202.

Meijer, M., A. Mette Kejs, C. Stock, K. Bloomfield, B. Ejstrup, and P. Schlattmann. 2012. Population density, socioeconomic environment and all-cause mortality: A multilevel survival analysis of 2.7 million individuals in Denmark. *Health & Place* 18 (2):391–399.

Ménard, B. 2002. Questions de géographie de la santé. *L'Espace géographique* 31 (3):264–275.

Mérenne-Schoumaker, B. 1999. *La localisation des services*. Nathan Université.

Merlin, P. 2007. *L'aménagement du territoire en France*. La Documentation française.

MG France. 2012. Communiqué du 13 décembre 2012.

Michimi, A., G. Ellis-Griffith, C. Nagy, and T. Peterson. 2013. Coronary heart disease prevalence and occupational structure in U.S. metropolitan areas: A multilevel analysis. *Health & Place* 21:192–204.

Mirouse, B., B. Nozières, S. Alasset, et M. Beret. 2013. Dans le sillage de Toulouse, les villes moyennes proches renforcent leur attractivité, 6 pages de l'Insee n°154.

- Moine, A. 2006. Le territoire comme un système complexe : un concept opératoire pour l'aménagement et la géographie. *L'Espace géographique* Tome 35 (2):115–132.
- Mordier, B. 2010. Les services marchands aux particuliers s'implantent dans l'espace rural. *INSEE Première* (1307).
- Morel, B. 2006. Les reconstructions territoriales en France. *Rives méditerranéennes* n° 25 (3):5–5.
- Morel, J. 1999. Les maisons médicales en Belgique.
- Moret-Bailly, J. 2010. L'organisation juridique des professions : logiques et contraintes. *Adsp* n°70 : 24-25
- Mousquès, J, Y, Bourgueil, P, Le Fur, E, Yilmaz. 2010. Effect of a French Experiment of Team Work between General Practitioners and Nurses on Efficacy and Cost of Type 2 Diabetes Patients Care. Working paper. Irdes
- Mousquès, J. 2011. Le regroupement des professionnels de santé de premiers recours : quelles perspectives économiques en termes de performance ? *Revue française des affaires sociales* n° 2-3 (2):253–275.
- Nicot, B. H. 2005. Urbain-rural : de quoi parle-t-on ? Document de travail
- Niel, X. 2002. La démographie médicale à l'horizon 2020 : une réactualisation des projections à partir de 2002. *Etudes et résultats*, n° 161
- Noin, D., and G. Decroix. 2009. *Le nouvel espace français* 5th ed. Paris: A. Colin.
- Olsen, A. K. 2013. Shrinking Cities: Fuzzy Concept or Useful Framework? *Berkeley Planning Journal* 26 (1).
- OMS. 2008. *Rapport sur la santé dans le monde 2008*. Organisation Mondiale de la Santé. OMS. 1978. Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires.
- ONDPS. 2005. *Rapport annuel de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé* (4 volumes).
- Observatoire nationales des zones urbaines sensibles (ONZUS). 2013. Rapport annuel
- Pampalon, R., J. Martinez, and D. Hamel. 2006. Does living in rural areas make a difference for health in Québec? *Health & Place* 12 (4):421–435.
- Pampalon, R., D. Hamel, and P. Gamache. 2008. Recent changes in the geography of social disparities in premature mortality in Québec. *Social Science & Medicine* 67 (8):1269–1281.
- Pampalon, R., D. Hamel, and P. Gamache. 2010. Health inequalities in urban and rural Canada: Comparing inequalities in survival according to an individual and area-based deprivation index. *Health & Place* 16 (2):416–420.
- Pan Ké Shon, J.-L. 2009. Ségrégation ethnique et ségrégation sociale en quartiers sensibles. *Revue française de sociologie* 50 (3):451–487.

- Partoune, C. 2010. Un exemple d'exploitation d'un jeu de rôle : l'analyse du jeu des acteurs
- Pathman, D. E., T. R. Konrad, R. Dann, and G. Koch. 2004. Retention of Primary Care Physicians in Rural Health Professional Shortage Areas. *American Journal of Public Health* 94 (10):1723–1729.
- Paulus, F. 2007. Trajectoires économiques des villes françaises entre 1962 et 1999. *Données urbaines*. Paris Anthropos
- Pauvers S. 2013. Une attractivité économique contrastée entre territoires de Midi-Pyrénées. *Insee région* 152
- Penchansky, R., and J. W. Thomas. 1981. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care* 19 (2):127–140.
- Peraldi, X., and X. Pieri. 2009. Pour une gouvernance fortement territorialisée de l'offre de soins : quelques constats déduits de la situation corse. In *XLVIème colloque de l'ASRDLF*. Clermont-Ferrand.
- Perrin-Malterre, C. 2014. Identité touristique des stations de sports d'hiver de moyenne montagne et recompositions territoriales. *Annales de géographie* 697 (3):935–955.
- Pôle européen de santé, 2009. La place des maisons de santé dans l'accès aux soins. Journée d'étude régionale. Villers-les-Nancy
- Polton, D. 2013. Entretien, l'avenir du système de santé en France. La documentation française
- Picheral, H. 1965. Espace et santé. *Géographie médicale du Midi de la France*.
- Picheral, H. 1995. Le lieu, l'espace et la santé. *Espace, populations, sociétés* 13 (1):19–24.
- Picheral, H. 2001. *Dictionnaire raisonné de géographie de la santé*. Montpellier, France: Presses Universitaires de la Méditerranée PULM.
- Piron, M. 1993. Changer d'échelle : une méthode pour l'analyse des systèmes d'échelles. *L'Espace Géographique* 22 (2):147–165.
- Pison, P. 2005. *France : l'espérance de vie franchit le seuil de 80 ans*. *Populations et sociétés* 410
- Pistre, P. 2012. Renouveaux des campagnes françaises : évolutions démographiques, dynamiques spatiales et recompositions sociales. Université Paris-Diderot
- Piveteau, V. 1996. Prospective et territoire : apport d'une réflexion sur le jeu. Cemagref
- Poulot, M. 2008. Les territoires périurbains : « fin de partie » pour la géographie rurale ou nouvelles perspectives ? *Géocarrefour* 83 (4).
- Prior, M., J. Farmer, D. J. Godden, and J. Taylor. 2010. More than health: The added value of health services in remote Scotland and Australia. *Health & Place* 16 (6):1136–1144.
- Prost, B. 2001. Quel périurbain aujourd'hui ? *Géocarrefour* 76 (4):283–288.

- Quarante, O. 2013. Quand les maisons et pôles de santé se heurtent à l'hostilité des élus. *Le Quotidien du Médecin* 2 May:4.
- Rey, G., E. Jouglà, A. Fouillet, and D. Hémon. 2009. Ecological association between a deprivation index and mortality in France over the period 1997 – 2001: variations with spatial scale, degree of urbanicity, age, gender and cause of death. *BMC Public Health* 9 (1):33.
- Rey, V. 1989. Diviser pour gérer : les trois maillages administratifs de la France. *Mappemonde* 89(4).
- Rican, S., M. Simon, and G. Salem. 1999. Les médecins généralistes libéraux dans les aires urbaines des densités plus élevées dans le sud et les centres-villes. *Etudes et résultats* (9).
- Rican, S., G. Salem, and E. Jouglà. 2003. Villes et santé respiratoire en France. *Géocarrefour* 78 (3):203–210.
- Rican, S., and Z. Vaillant. 2009. Territoires et santé : enjeux sanitaires de la territorialisation et enjeux territoriaux des politiques de santé. *Sciences sociales et santé* Vol. 27 (1):33–42.
- Rican, S., G. Salem, Z. Vaillant, E. Jouglà, (DATAR)- DIACT. 2010. *Dynamiques sanitaires des villes françaises*. La Documentation française, 80 p.
- Rican S., Jouglà E., Vaillant Z., Salem G., (2013), Inégalités territoriales de santé in LAURENT E. (2013), Vers l'égalité des territoires - Dynamiques, mesures, politiques. Rapport, La documentation française, pp. 106-122.
- Rican, S., Z. Vaillant, A. Bochaton, and G. Salem. 2014. Inégalités géographiques de santé en France. *Les Tribunes de la santé* 43 (2):39–45.
- Richard, 1855. Maisons de santé. Le traitement des maladies mentales.
- Rieutort, L. 1995. *Espaces fragiles et dynamiques des systèmes agricoles*. CERAMAC, Université Blaise Pascal, 511 p.
- Rink, D. R., and J. E. Swan. 1979. Product life cycle research: A literature review. *Journal of Business Research* 7 (3):219–242.
- Roth, H. 2011. Les « villes rétrécissantes » en Allemagne. *Géocarrefour* (2):75–80.
- Rubin, D. B. 1974. Estimating causal effects of treatments in randomized and nonrandomized studies. *Journal of Educational Psychology* 66 (5):688–701.
- Russell, D. J., J. S. Humphreys, B. Ward, M. Chisholm, P. Buykx, M. McGrail, and J. Wakerman. 2013. Helping policy-makers address rural health access problems. *Australian Journal of Rural Health* 21 (2):61–71.
- Samarasundera, E., T. Walsh, T. Cheng, A. Koenig, K. Jattansingh, A. Dawe, and M. Soljak. 2012. Methods and tools for geographical mapping and analysis in primary health care. *Primary health care research & development* 13 (1):10–21.
- Salem, G. 1995. Géographie de la santé, santé de la géographie. *Espace, populations, sociétés* 13 (1):25–30.

Salem, G., S. Rican, and E. Jouglu. 2000. *Atlas de la santé, France, tome 1*. Montrouge, France: John Libbey Eurotext.

Salem, G., S. Rican, M.-L. Kürzinger, C. Roudier-Daval, and D. Khayat. 2006. *Atlas de la santé en France : Tome 2, Comportements et maladies*. Montrouge, France: John Libbey Eurotext.

Salem, G., S. Rican, and Z. Vaillant. 2010. Géographie, santé et pathocénose.

Sarma, S., R. A. Devlin, A. Thind, and M.-K. Chu. 2012. Canadian family physicians' decision to collaborate: age, period and cohort effects. *Social Science & Medicine* (1982) 75 (10):1811–1819.

Savignat, P. 2013. Déserts médicaux, vieillissement et politiques publiques : des choix qui restent à faire. *Gérontologie et société* n° 146 (3):143–152.

Shi, L., J. Macinko, B. Starfield, R. Politzer, and J. Xu. 2005a. Primary care, race, and mortality in US states. *Social Science & Medicine* 61 (1):65–75.

Schlappa, H., and W. J. V. Neill. 2013. From crisis to choice: re-imagining the future in shrinking cities.

Scott, A., and S. Jan. 2011. Primary Care. In *The Oxford Handbook of Health Economics*, eds. S. Glied and P. C. Smith. Oxford University Press

Séchet, R., and D. Vasilcu. 2013. Les migrations de médecins roumains vers la France, entre démographie médicale et quête de meilleures conditions d'exercice. *Noréis* n° 223 (2):63–76.

Seck, I., A. Faye, M. Leye, M. Makhtar, A. Bathily, M. D. Camara, P. Ndiaye, and A. T. Dia. 2012. Épidémie de rougeole et de sa riposte en 2009, dans la région de Dakar, Sénégal. *Santé Publique* 24 (2):121–132.

Sicart, D. 2013. *Les médecins au 1er janvier 2013*. DREES. Document de travail

Solard, G. 2009. A la campagne, comme à la ville, des commerces traditionnels proches de la population. *INSEE Première* (1245).

Sorre, M. (1933), Complexes pathogènes et géographie médicale, *Annales de géographie*, vol. 42, n° 235, p. 1-18.

Steinhaeuser, J., P. Otto, K. Goetz, J. Szecsenyi, and S. Joos. 2014. Rural area in a European country from a health care point of view: an adaption of the Rural Ranking Scale. *BMC Health Services Research* 14 (1):1–16.

Straume K., Shaw D. M. P. « Effective physician retention strategies in Norway's northernmost county ». *Bulletin of the World Health Organization*. mai 2010. Vol. 88, n°5, p. 390-394.

Tabuteau, D. 2011. La crise de la médecine : comment en sortir ? *Le Débat* n° 167 (5):113–117.

Tabuteau, D. 2004. Les autres défis de l'assurance maladie. *Les Tribunes de la santé* n° 4 (3):111–125.

Talandier, M. 2007. Un nouveau modèle de développement hors métropolisation. Le cas du monde rural français.

Talandier, M. 2008. Une autre géographie du développement rural : une approche par les revenus. *Géocarrefour* 83 (4):259–267.

Talandier, M., et V. Jousseau. 2013. Les équipements du quotidien en France : un facteur d'attractivité résidentielle et de développement pour les territoires ? *Norois. Environnement, aménagement, société* (226):7–23.

Tanser, F., P. Gething, and P. Atkinson. 2009. Location-allocation Planning. In *A Companion to Health and Medical Geography*, eds. T. B. Lecturer, S. McLafferty, and G. Moon, 540–566. Wiley-Blackwell

Teisserenc, P. 1994. Politique de développement local : la mobilisation des acteurs. *Sociétés contemporaines* 18 (1) : 187–213.

Thomsin, L., and V. Houillon. 2001. Définitions du rural et de l'urbain dans quelques pays européens. *Espace, populations, sociétés* 19 (1) : 195–200.

Thomson, H. 2008. A dose of realism for healthy urban policy: lessons from area-based initiatives in the UK. *Journal of Epidemiology and Community Health* 62 (10):932–936.

Tonnellier, F. 1991. Les inégalités géographiques de densités médicales sont stables depuis plus d'un siècle : l'encombrement médical était déjà dénoncé en 1900. *Solidarité Santé : Etudes Statistiques* 07-09 (3):45 – 54.

Tonnellier, F., and V. Lucas Gabrielli. 2001. déserts médicaux ou zones défavorisées ? démographie médicale et indicateurs de besoins.

Touati, N., and Turgeon, J. 2013. Répartition géographique des médecins de famille : quelles solutions à problème complexe? *Santé publique* 25 : 465 -473

Tuffs A., 2011, *Germany passes law to attract doctors to rural areas*, BMJ, 343 : d5255.

USDA. USDA ERS - Rural-Urban Continuum Codes. http://www.ers.usda.gov/data-products/rural-urban-continuum-codes.aspx#.UcF_BNjm6t8 (last accessed 19 June 2013).

Vaguet, A. 2001. Du bon usage de l'analyse spatiale et de l'évaluation territoriale dans les politiques sanitaires. *Nature Sciences Sociétés* 9 (4) : 36–42.

Vaillant, Z., and Salem, G., 2008. *Atlas mondial de la santé*. Edition Autrement. 80 p.

Vaillant, Z. 2010. *La Réunion, Roman i lé ? Territoires, santé, société* Le Monde partage du savoir. PUF.

Van der Linden, B. 2011. Principes généraux d'évaluation des effets d'un dispositif. *Reflets et perspectives de la vie économique* Tome L (1):13–22.

Vanier, M., B. Debarbieux, A. Turco, P. Melé, and Collectif. 2009. *Territoires, territorialité, territorialisation : Controverses et perspectives*. PU Rennes.

Véran, O. 2013. Des bacs à sable aux déserts médicaux : construction sociale d'un problème public. *Les Tribunes de la santé* n° 39 (2):77–85.

- Verbaere, I. 2014. Centres municipaux de santé. Un remède contre les déserts médicaux. *La Gazette des communes, des départements et des régions* 10 February:21 – 26.
- Vieillard-Baron, H. 2009. Le zonage en question. *Projet* n° 312 (5):56–63.
- Vigneron, E., F. Tonnellier, and Q. sais-je? 1999. *Géographie de la santé en France*. Paris: Presses Universitaires de France - PUF.
- Vigneron, E. 2011. *Les inégalités de santé sur les territoires Français*. Elsevier Masson.
- Vigneron, E. 2013. Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français. *Les Tribunes de la santé* n° 38 (1):41–53.
- Vilain, A., X. Niel, and S. Pennec. 2000. Les densités régionales de médecins à l’horizon 2020. *Etudes et résultats* (57).
- Vigneron, E. 2011. *Les inégalités de santé sur les territoires Français*. Elsevier Masson.
- Visca, M., A. Donatini, R. Gini, B. Federico, G. Damiani, P. Francesconi, L. Grilli, C. Rampichini, G. Lapini, C. Zocchetti, F. Di Stanislao, A. Brambilla, F. Moirano, and D. Bellentani. 2013. Group versus single handed primary care: A performance evaluation of the care delivered to chronic patients by Italian GPs. *Health Policy* 113 (1–2):188–198.
- Viscomi, M., S. Larkins, and T. Sen Gupta. 2013. Recruitment and retention of general practitioners in rural Canada and Australia: a review of the literature. *Canadian Journal of Rural Medicine* 18 (1):13–23.
- Voiron-Canicio, C., J. Dutozia, R.-M. Basse, N. Dubus, G. Maignant, P. Saint-Amand, and M. Sevenet. 2010. L’imbrication spatiale dans l’analyse des territoires : formalisation, modélisation, simulation. *Revue d’Économie Régionale & Urbaine* octobre (4):707–728.
- Vye, D. 2011. « La Ruée vers l’Ouest ? ». *Espace populations sociétés. Space populations societies* (2011/3):603–616.
- Wachter, S., J. Theys, A. Bourdin, J. Lévy, J.-G. Padioleau, and Scherrer Franck. 2000. *Repenser le territoire. Un dictionnaire critique*. Editions de l’Aube. La Tour d’Aigues.
- White CD, Willett K, Mitchell C, Constantine S. Making a difference: education and training retains and supports rural and remote doctors in Queensland. *Rural Remote Health* 2007;7:700. PMID:17430081
- World Health Organization. The world health report 2006 working together for health. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2006.
- Zurn, P., M. R. Dal Poz, B. Stilwell, and O. Adams. 2004. Imbalance in the health workforce. *Human resources for health* 2 (1):13.

Vidéos, sites internet

<http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualite/exercice/deux-generalistes-6-000-euros-par-mois-un-village-de-l-yonne-cree-son-centre-de-sante>

Limerzel : <http://pepsnews.com/tournent-clip-decale-convaincre-medecin-venir-commune>

Loiret : https://www.youtube.com/watch?v=ESy4keK4X3Y&feature=youtube_gdata_player

http://www.lemonde.fr/sante/article/2012/11/23/en-auvergne-l-arrivee-de-medecins-du-monde-ne-fait-pas-l-unanime_1795397_1651302.html, consulté le 23 septembre 2013

<http://www.coucouron.fr/actu/interdiction-detre-malade-entre-0h-et-6h/>

<http://www.lavoixdunord.fr/region/maubeuge-une-centaine-de-sambriens-dans-la-rue-contre-la-ia23b44386n2358352>

Table des annexes

Annexe 1 - Liste des personnes rencontrées	310
Annexe 2 - Acronymes.....	312
Annexe 3 - Les gammes d'équipements de l'Insee (2011)	314
Annexe 4 - Méthodologie de l'Insee pour la définition du référentiel rural (2003)	315
Annexe 5 - Identification des pseudo-cantons des communes du bassin de vie urbain d'Auxerre ...	316
Annexe 6- Les bassins de vie en France métropolitaine selon leur dominante urbaine ou rurale.....	317
Annexe 7- les bassins de vie de l'hyper-ruralité (Bertrand, 2014)	318
Annexe 8 - Part de population dans une commune dont l'offre de médecins généralistes a disparu entre 2004 et 2012, selon les départements	319
Annexe 9 - Part de population vivant dans une commune très fragile en médecin généraliste, selon les départements.....	322
Annexe 10 - Maisons de santé ouvertes au 1er mars 2014 et sans projet de santé	325
Annexe 11- Répartition régionale en 2013 et 2014 du nombre de maisons de santé et du nombre de projets de maison de santé	326
Annexe 12 - Description des trois premiers axes factoriels des typologies des bassins de vie	327
Annexe 13 - Description des trois premiers axes factoriels des typologies des pseudo-cantons.....	330
Annexe 14 - Répartition des maisons de santé, des médecins généralistes libéraux et de la population au sein des classes de bassins de vie.....	333
Annexe 15 - Répartition des maisons de santé, des médecins généralistes libéraux et de la population au sein des classes de pseudo-cantons	334
Annexe 16- Répartition des maisons de santé au sein des classes de la typologie des communes de l'espace à dominante rurale	335
Annexe 17 - Caractéristiques des régions selon la part de population vivant dans les situations supposées propices aux maisons de santé et selon la part de population en dehors des grands pôles urbains (GPU)	336
Annexe 18 - Types de région selon la comparaison entre la situation « attendue » en maison de santé et la situation « observée »	337
Annexe 19 - Nombre de MSP selon le type de bassins de vie et le type de communes.....	338

Annexe 20 - Part de MSP (%) selon le type de bassins de vie et le type de communes	339
Annexe 21 - Comparaison de bassins de vie appartenant à la classe 4 de la typologie des espaces à dominantes rurale selon leur département et les principaux indicateurs de la typologie	340
Annexe 22 - Comparaison de bassins de vie appartenant à la classe 6 de la typologie des espaces à dominantes rurale selon leur département et les principaux indicateurs de la typologie	341
Annexe 23 - Comparaison de bassins de vie en dépeuplement selon leur département et les principaux indicateurs de la typologie	342
Annexe 24 - Fonctionnement du système territoire (Moine, 2005)	343
Annexe 25 - La matrice CAPE pour analyser le jeu des acteurs (Partoune, 2010, d'après Piveteau 1996).....	344
Annexe 26 - Grille d'entretien « Porteur de projet de la maison de santé »	345
Annexe 27 - Annonce de recherche de médecin dans la MSP du Val D'Ornois	349
Annexe 28 - Annonce : recherche de médecin au sein de la maison médicale de Landudec.....	350
Annexe 29 - Exemple de plaquette de promotion pour l'exercice en milieu rural en Aveyron	352
Annexe 30 - Annonce : recherche de médecin dans la MSP de Saint-Maur	353
Annexe 31 - Exemple d'un médecin quittant une maison de santé	355
Annexe 32 - Annonce de recherche de médecin sur le bon coin.....	356
Annexe 33 - Taux de population en zones fragiles par région (DGOS, 2012)	357
Annexe 34 - Après les maisons de santé... les villages de santé et les routes de santé	358
Annexe 35 - Exemple d'une maison de santé aux financements multiple : la maison de santé de Salles-Curan en Aveyron ouverte en 2008	359
Annexe 36 - La répartition de la population et des médecins en Midi-Pyrénées	360
Annexe 37 - Évolution de la distribution communale en médecins généralistes libéraux en Midi-Pyrénées entre 2004 et 2012 comparativement à l'implantation des maisons de santé	361
Annexe 38 - La répartition de la population et des médecins en Lorraine	362
Annexe 39 - Évolution de la distribution communale en médecins généralistes libéraux en Lorraine entre 2004 et 2012 comparativement à l'implantation des maisons de santé	363
Annexe 40 - Densité de médecins généralistes libéraux en 2004 et 2012 selon les classes de la typologie des bassins de vie (sans regroupement)	364

Annexe 41 - Différences de densité de médecins généralistes libéraux entre 2004-2008 et 2008-2012 selon les classes de la typologie des bassins de vie (sans regroupement)	365
Annexe 42 - Densités de généralistes et de jeunes généralistes, distances aux généralistes en 2004 et en 2012, dans les espaces en dépeuplement des classes 3 et 4 (selon la présence ou non de maisons de santé)	366
Annexe 43 - Densités de généralistes, densité de jeunes généralistes et distance au généraliste en 2004 et en 2012, dans les espaces en dépeuplement des classes 5 et 6 (selon la présence ou non de maisons de santé).....	367

Annexe 1 - Liste des personnes rencontrées

Prénom Nom	Organisme	Fonction
Alain Bocciarelli	Conseil Général de la Meuse	Chef du service Aménagement du Territoire et Développement Territorial
Aurélie Vaisseix	ARS Midi-Pyrénées	délégation territoriale Haute-Garonne, pôle animation des territoires
Bernard Bros		Maire
Bernard Champanet	URPS Pharmaciens Midi-Pyrénées	Président
Camille Sanchez	Région Lorraine	Chargée de mission santé
Cédric Szabo	AMRF	Directeur
Céline Schmitt	DATAR - CGET	Chargée de mission à la Direction du développement des capacités des territoires
Christophe Wilcke	URPS Pharmaciens de Lorraine	Président
Claudine Boïta	Région Midi-Pyrénées	Cheffe du Service Egalité Santé
Claudine Gillant	URPS Infirmiers de Lorraine	Présidente
Colette Suzanne		Maire, Médecin généraliste
Daniel Jollivet	URPS Infirmiers Midi-Pyrénées	Président
Danielle Guiral		Ancienne directrice Hôpital Graulhet
François Frete	Mutuelle sociale agricole	Médecin conseiller technique national
Gérard Olivier		Médecin généraliste
Guillaume Escudier	ARS Midi-Pyrénées	Chargée de mission, département premier recours
Herve Treppoz	Mutuelle sociale agricole	Médecin conseiller technique national
Isabelle Ciofolo	Communauté de communes des 3 Vallées	Chargée de mission Ressources Naturelles et Développement Local
Jacques Stalars		Maire, médecin généraliste
Jean-Louis Bensoussan	URPS Médecins libéraux	Président
Jean-Richard Dugast		Médecin généraliste
Loïc Thynus		Médecin généraliste
Luc Duquesnel	UNOF-CSMF	Président, médecin généraliste
Lucie Gasc	AIMG Midi-Pyrénées	Présidente
Marie-France Gérard	FEMALOR	Médecin généraliste, présidente
Michel Boussaton	Région Midi-Pyrénées	Président de la commission solidarité, discrimination, handicap et santé
	Ordre des médecins Midi-Pyrénées	Président
Michel Mailhol		Médecin généraliste
Michel Martin		Médecin généraliste
Noel Wuithier	FMPMPS	Médecin généraliste, président
Olivier Bouchy	Ordre des médecins Meuse	Médecin généraliste
Olivier Maurin	Communauté de commune du Volvestre	Chargé de mission pôle économie et habitat

Prénom Nom	Organisme	Fonction
Patrick Fabre		Médecin généraliste
Philippe Caussignac	URPS Pharmaciens Midi-Pyrénées	Vice-Président
Philippe Coudray	ARS Lorraine	Chef de projet Organisation des soins ambulatoires
Pierre de Haas	FFMPS	Président, médecin généraliste
Pierre Emmanuel Focks	Communauté de communes du pays de Stenay	Chargé de mission
Robert Frairet	Communauté de communes d'Artagnan en Fezensac	Président
Robert Frairet	Conseil Général du Gers	conseiller général
Roger Biau	Mairie de Graulhet	Adjoint en charge de la santé
SCM infirmières Aspet		Infirmières
Sophie Renard-Cot		Médecin généraliste
Tomas Bourrez	MG France	Vice-Président
Véronique Midy	Raoul IMG Lorraine	Présidente
Vincent Royaux	Ordre des médecins Lorraine	Président

Annexe 2 - Acronymes

ARS : Agence régionale de santé

ASV : Atelier Santé Ville

CLS : Contrat local de santé

CC : communauté de communes

CGET : Commissariat général à l'égalité des territoires

CPER : Contrat de projet État-Région

CRS : Conférences Régionales de Santé

DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales

DATAR : Délégation

DDR : Dotation de développement rural

DETR : Dotation d'équipement des territoires ruraux

DGE : Dotation globale d'équipement (des communes)

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DREES : Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques

DSS : Direction à la sécurité sociale

ENMR : Expérimentation des nouveaux modes de rémunération

EPCI : Établissement public à caractère intercommunal

ETP : équivalent temps plein

FAQSV : Fond d'aide à la qualité des soins de ville

FIQCS : Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins

FIR : Fond d'intervention régional

FEADER : Fond européen agricole pour le développement rural

FEDER : Fond européen de développement régional

FEMALOR : Fédération des maisons et pôles de santé de Lorraine

FFMPS : Fédération française des maisons et pôles de santé

FMPMPS : Fédération Midi-Pyrénées des Maisons et Pôles de Santé

FNADT : Fond national d'aménagement et de développement du territoire

GIP : Groupement d'intérêt public

HPST (loi) : Loi Hôpital Patient, Santé, Territoire

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

LFSS : Loi de financement de la sécurité sociale

MMG : Maison médicale de garde

MRS : Missions Régionales de Santé

MSA : Mutuelle sociale agricole

MSP : maison de santé pluriprofessionnelle

NMR : nouveaux modes de rémunération

ONDPS : Observatoire national de la démographie des professions de santé

ORS : Observatoire Régional de la Santé

PDS : permanence des soins

PER : Pôle d'excellence rurale

SCI : Société civile immobilière

SCM : Société civile de moyen

SGAR : Secrétariat Général à l'Action Régionale

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoire

SNIIRAM : Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

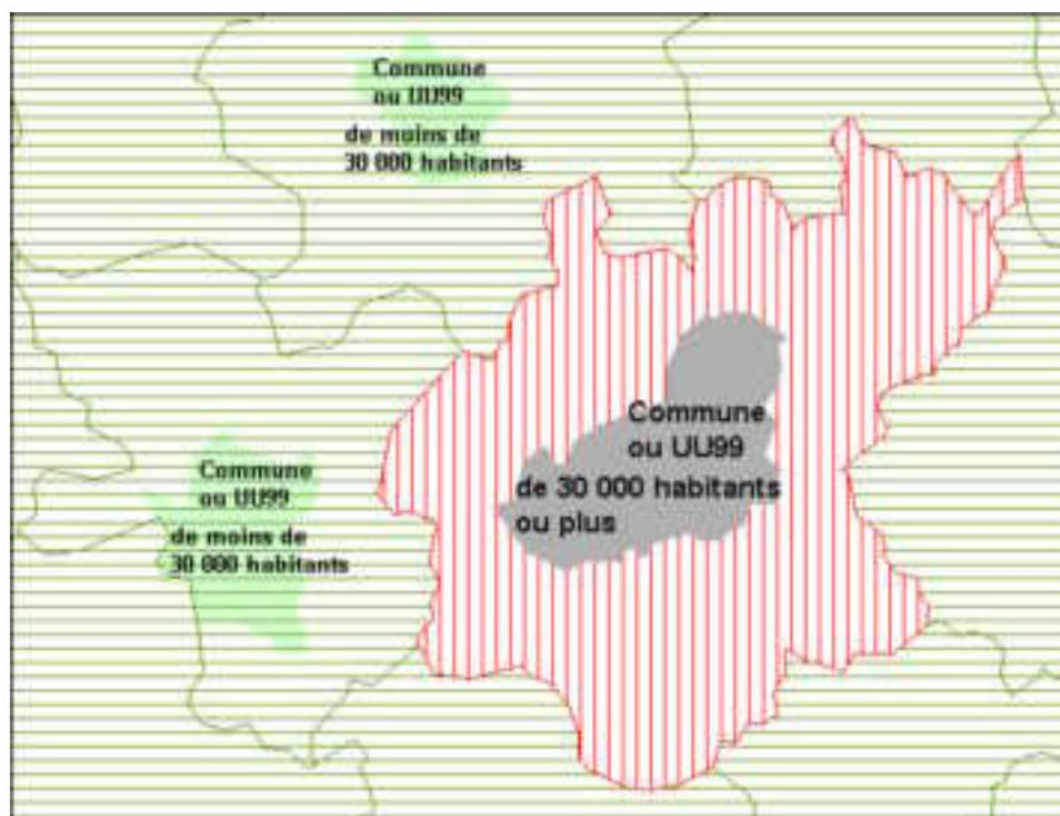
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

Annexe 3 - Les gammes d'équipements de l'Insee (2011)

Gamme de proximité	Gamme intermédiaire	Gamme supérieure
Banque, caisse d'épargne	Police, gendarmerie	Pôle emploi
Poste	Trésorerie	Location d'automobiles et d'utilitaires légers
Réparation automobile et matériel agricole	Pompes funèbres	Agence de travail temporaire
Maçon	Contrôle technique automobile	Hypermarché
Plâtrier, peintre	École de conduite	Produits surgelés
Menuisier, charpentier, serrurier	Vétérinaire	Poissonerie
Plombier, couvreur, chauffagiste	Blanchisserie, teinturerie	Parfumerie
Électricien	Supermarché	Lycée d'enseignement général et/ou technologique
Entreprise générale du bâtiment	Librairie, papeterie	Lycée d'enseignement professionnel
Coiffeur	Magasin de vêtements	Établissement de santé de court séjour
Restaurant	Magasin d'équipements du foyer	Établissement de santé de moyen séjour
Agence immobilière	Magasin de chaussures	Établissement de santé de long séjour
Soins de beauté	Magasin d'électroménager	Établissement psychiatrique
Épicerie, superette	Magasin de meubles	Urgences
Boulangerie,	Magasin d'article de sports et loisirs	Maternité
Boucherie, charcuterie	Droguerie, quincaillerie, bricolage	Centre de santé
Fleuriste	Horlogerie, bijouterie	Structures psychiatriques en ambulatoire
École maternelle	Collège	Spécialiste en cardiologie
École élémentaire	Opticien, lunetier	Spécialiste en dermatologie et vénéréologie
Médecin omnipraticien	Orthophoniste	Spécialiste en gynécologie médicale
Chirurgien dentiste	Pédicure, podologue	Spécialiste en gynécologie obstétrique
Infirmier	Laboratoire d'analyses médicales	Spécialiste en gastro-entérologie, hépatologie
Masseur-kinésithérapeute	Ambulance	Spécialiste en psychiatrie
Pharmacie	Personnes âgées : hébergement	Spécialiste en ophtalmologie
Taxi	Personnes âgées : service d'aide	Spécialiste en oto-rhino-laryngologie
Boulodrome	Garde enfants d'âge préscolaire	Spécialiste en pédiatrie
Tennis	Bassin de natation	Spécialiste en radiodiagnostic et imagerie médicale
Salle ou terrain multisports	Athlétisme	Sage-femme
Terrain de grands jeux	Salle ou terrain de sport spécialisée	Orthoptiste
	Roller, skate, vélo bicross ou freestyle	Enfants handicapés : hébergement
		Enfants handicapés : soins à domicile
		Adultes handicapés : hébergement
		Adultes handicapés : soins à domicile
		Travail protégé
		Cinéma


Annexe 4 - Méthodologie de l'Insee pour la définition du référentiel rural (2003)




Rapport de l'INSEE (avec la participation de IFEN, INRA, SCEES) pour la DATAR - Juillet 2003

Référentiel rural élargi


Référentiel rural restreint

 Bassins de vie (1 745) dont le pôle est une commune ou une unité urbaine en 1999 de moins de 30 000 habitants

Référentiel rural complémentaire

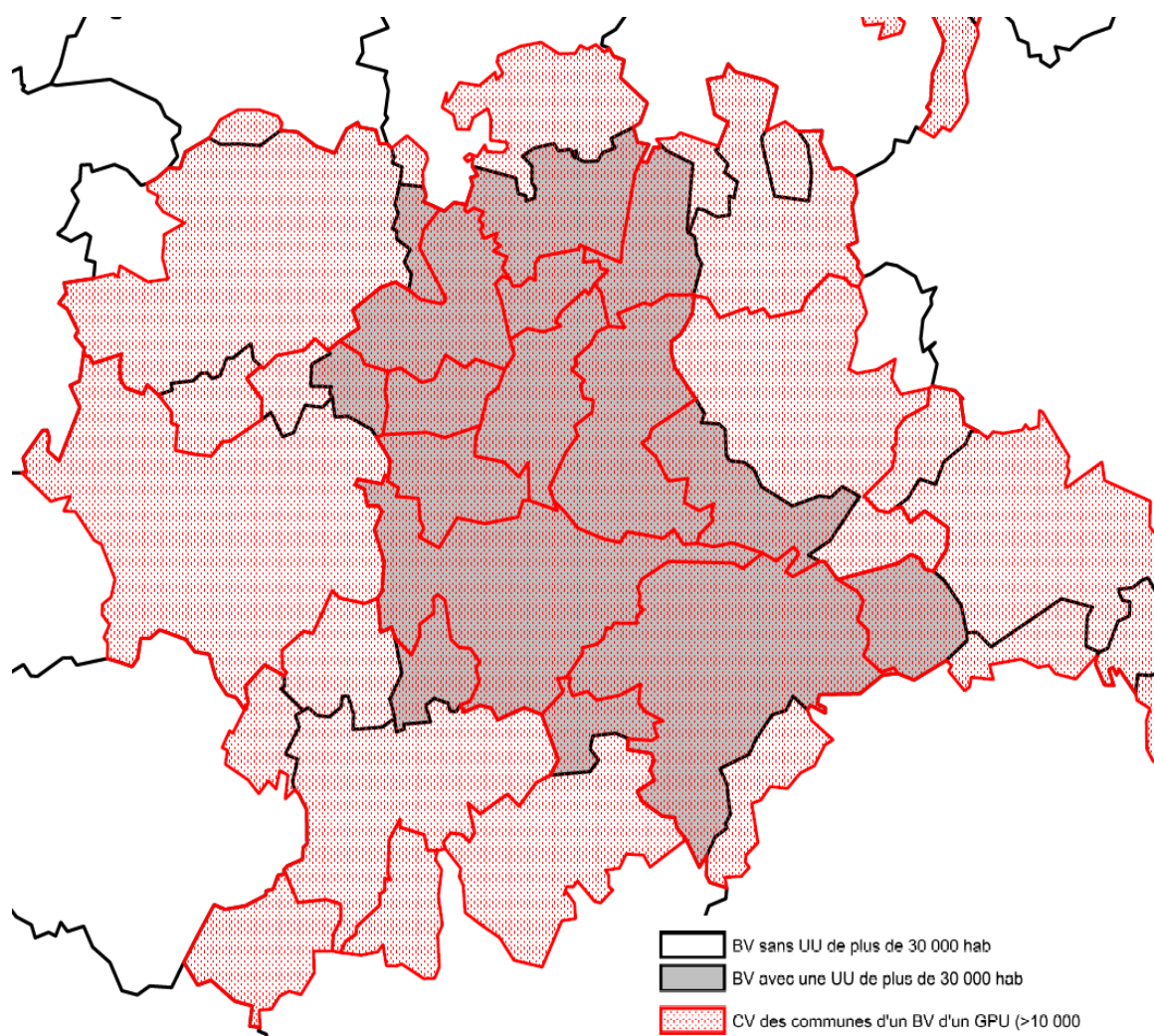
 Périphérie des bassins de vie (171*) dont le pôle est une commune ou une unité urbaine en 1999 de 30 000 habitants ou plus

Hors référentiel rural

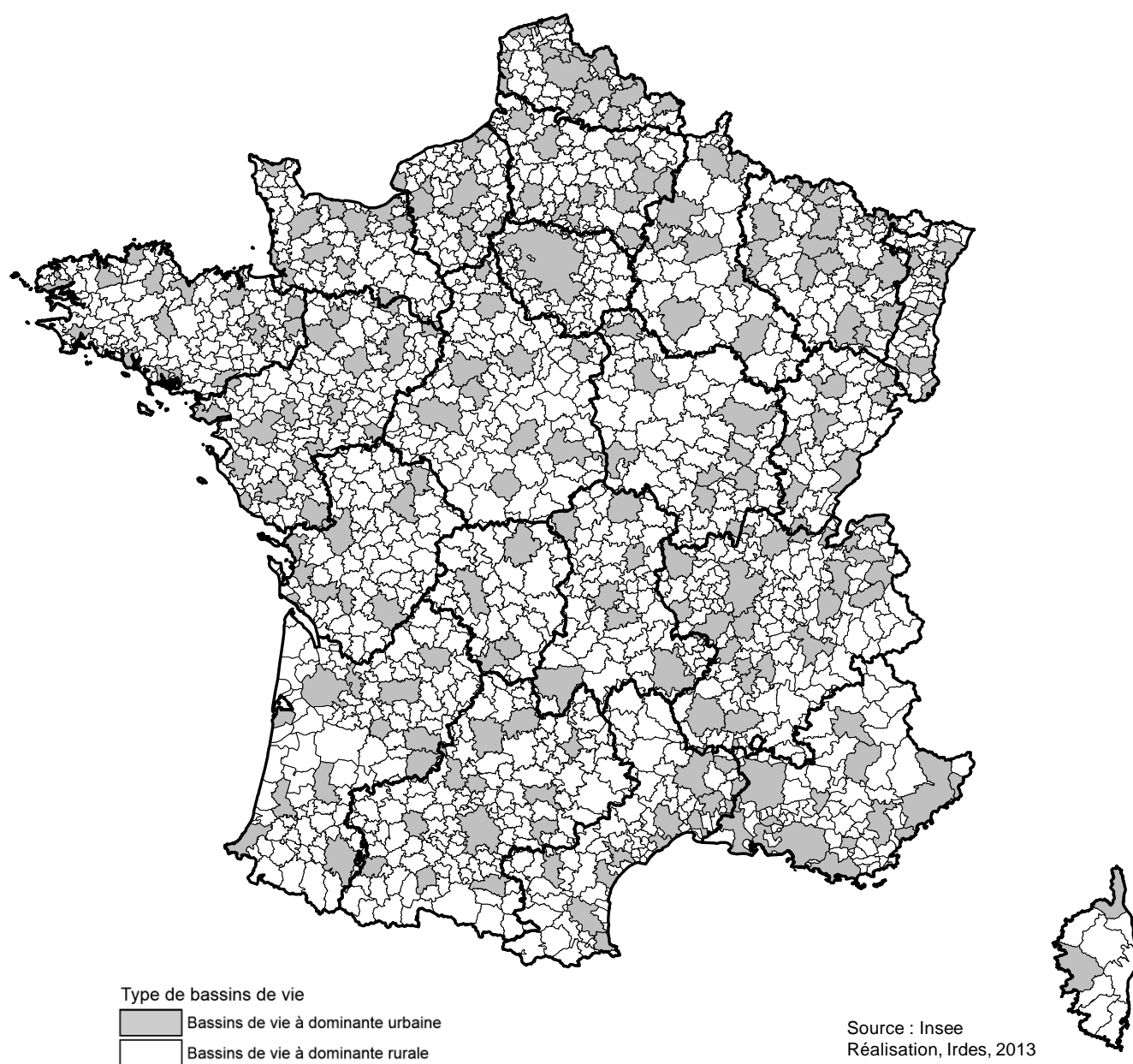
 Unités urbaines en 1999 (ou communes) de 30 000 habitants ou plus qui sont pôles de bassins de vie (171)

**En fait, 169 car les bassins de vie d'Istres et d'Arcachon n'ont pas de périphérie.*

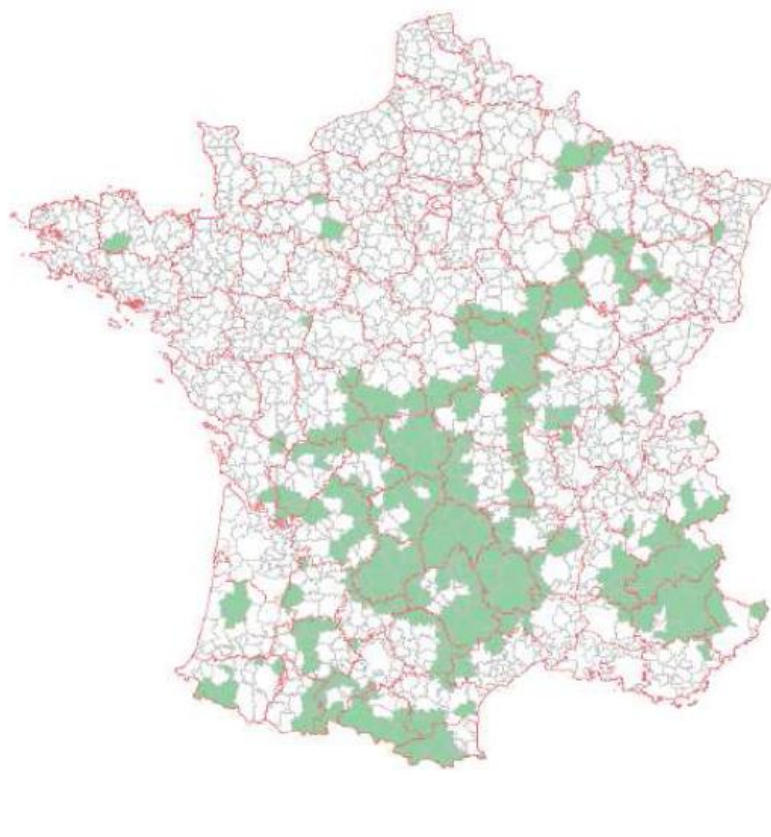
Annexe 5 - Identification des pseudo-cantons des communes du bassin de vie urbain d'Auxerre



Annexe 6- Les bassins de vie en France métropolitaine selon leur dominante urbaine ou rurale



250 bassins de vie hyper-ruraux



	Hyper-ruraux	Autres
Effectifs	250 (15,2 %)	1 394 (84,8 %)
Population	3 418 364 (5,4 %)	59 346 379 (94,6 %)
Superficie approx. (km ²)	142 535 (26,0 %)	404 853 (74,0 %)

*3,4 millions d'habitants,
5,4 % de la population...
... sur 26 % du territoire.*

© INRA UMR1041 CESAER ; sources : BPE 2011, INSEE ; ODOMATRIX, INRA UMR1041 CESAER

**Annexe 8 - Part de population dans une commune dont l'offre de médecins généralistes a disparu
entre 2004 et 2012, selon les départements**

Département	Part de population dans une commune avec un médecin	Part de communes "désertées"	Part de population dans une commune "désertée"	Part de population dans une commune non équipée sur la période
19	67,5	17,8	7,1	25,4
89	59,5	19,4	5,7	34,3
70	53,5	16,3	4,4	42,1
48	57,7	16,7	3,7	37,9
39	54,7	9,5	3,7	41,6
9	56,3	14	3,4	39,8
41	71,3	10,8	3,1	25,1
1	65,6	9,8	2,9	30,3
24	59,1	10,9	2,8	37,5
3	71,1	10,2	2,8	25,8
88	69,9	10,8	2,7	26,8
72	75,4	9,4	2,5	21,3
86	76,9	10,7	2,5	20,5
22	74,7	7,8	2,4	21,8
85	81,9	7,9	2,4	14,4
55	55,7	11,9	2,3	41,2
12	66,9	9,4	2,2	30,5
16	62,8	10,2	2,1	34,5
26	81,2	9,6	2,1	15,6
7	65,7	6,7	2	31,6
38	81,6	7,2	2	15,2
17	71,9	9	1,9	25
37	81,3	8	1,9	16
58	63,9	8,3	1,9	34,2
40	72,8	6,9	1,9	24
79	68,6	9,3	1,8	28,5
49	81,8	6	1,8	16,2
52	57,6	11,4	1,8	40,5
71	69,4	9,9	1,7	28,8
2	61,4	8,9	1,7	36,7
47	69,3	10,3	1,6	28,5
61	57,2	8,9	1,6	41,2
11	74,8	6,4	1,6	23,3
60	67,9	8,1	1,6	29,7
23	52,9	7,7	1,6	45,2
73	75,1	4,8	1,5	22,5
81	77,5	5,7	1,5	20,6
25	74,7	4,8	1,5	23,5

Département	Part de population dans une commune avec un médecin	Part de communes "désertées"	Part de population dans une commune "désertée"	Part de population dans une commune non équipée sur la période
21	71,3	7,7	1,5	26,6
57	77	5,8	1,5	20,9
80	63	9,5	1,5	35
45	80,4	6,3	1,5	17,3
50	58,5	6,6	1,4	39,2
59	92,8	5,2	1,3	5,9
18	70,8	6,8	1,3	26,8
56	89,2	4,7	1,3	9,1
62	83,1	7,1	1,3	15,3
74	80	4,8	1,3	17,8
5	69,4	10,5	1,3	29,1
10	66,5	12,1	1,3	32,2
90	75,6	7,7	1,3	23
30	85,2	4,3	1,2	13,3
51	74,1	7,9	1,2	24
46	50,1	7,4	1,2	47,1
33	88,2	5,4	1,1	10,6
27	56,3	6,5	1,1	42,2
2B	71,7	13,5	1,1	26,8
29	90	3,4	1,1	8,6
67	83,8	4,9	1,1	14,9
35	81,9	3,8	1	16,1
63	77,4	5,5	1	20,9
76	77,6	7,6	1	20,8
77	83,9	4,9	1	14,8
54	82,1	4,7	0,9	16,9
43	71,2	1,5	0,8	27,5
68	80,8	3,3	0,7	17,8
82	74,2	3,8	0,7	24,7
28	65,8	3,5	0,7	31,7
83	97	4,4	0,7	2,1
66	92	4,3	0,7	7,3
53	69,6	2,7	0,7	29,7
14	69,2	5,8	0,7	29,6
84	93,8	4,6	0,6	5,4
32	56,4	3,7	0,5	43,1
8	68,6	2,6	0,5	30,5
36	67,4	3,6	0,5	31,1
65	65,3	5,6	0,5	34
78	92,6	3,8	0,5	6,5
44	94,9	1,8	0,5	4,4

Département	Part de population dans une commune avec un médecin	Part de communes "désertées"	Part de population dans une commune "désertée"	Part de population dans une commune non équipée sur la période
91	94,8	2,6	0,4	4,3
87	84,7	2,4	0,4	14
31	88,6	4,8	0,4	10,4
64	77,5	3,5	0,3	21,7
2A	79,2	5,9	0,3	17,7
34	92,2	1,9	0,2	7,3
13	99,4	2,7	0,2	0,2
15	61,5	2,2	0,2	37,9
42	83,1	1,8	0,1	16,5
95	95,7	3,1	0,1	3,9
6	96,8	2,4	0,1	2,7
69	94,1	2,5	0,1	5,4
4	76,6	0	0	23,1
75	100	0	0	0
92	99,9	0	0	0,1
93	100	0	0	0
94	100	0	0	0
Total général	82,9	6,4	1,1	15,6

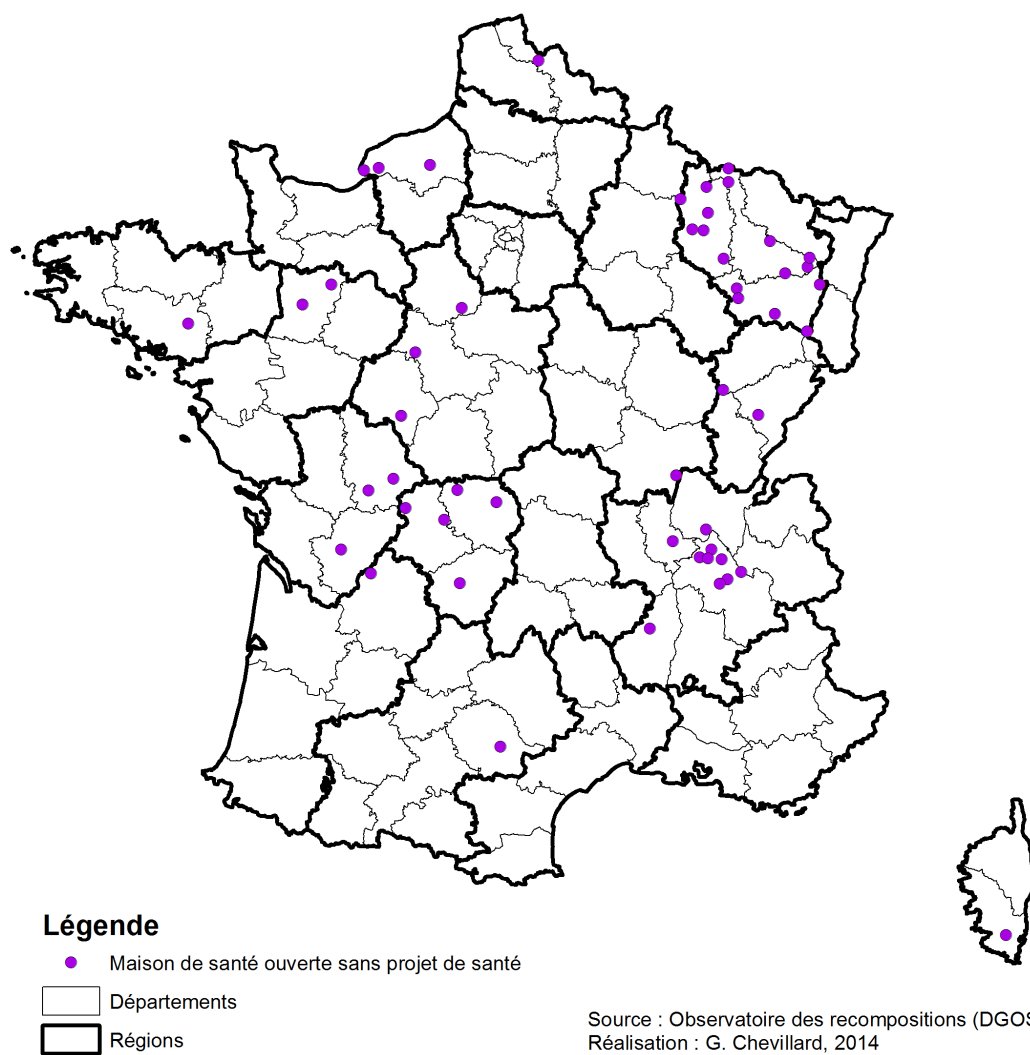
Annexe 9 - Part de population vivant dans une commune très fragile en médecin généraliste, selon les départements

Département	Population dans une commune très fragile	Population du département	Part de la population départementale dans une commune très fragile (%)
85	39792	634778	6,3
41	19598	330079	5,9
53	17623	306337	5,8
47	18966	331123	5,7
72	32269	563518	5,7
22	32816	591641	5,5
56	39357	721657	5,5
03	18493	342908	5,4
02	27807	540508	5,1
29	44702	897628	5,0
07	15614	315090	5,0
90	6944	142911	4,9
88	18185	379724	4,8
01	28168	597341	4,7
35	46452	988140	4,7
70	11174	239548	4,7
36	10696	231176	4,6
79	16121	369270	4,4
37	25474	590515	4,3
18	13216	311257	4,2
49	33318	784810	4,2
68	30925	749782	4,1
61	11702	291642	4,0
73	16083	414959	3,9
55	7452	193923	3,8
89	13078	342510	3,8
48	2941	77082	3,8
19	9229	243551	3,8
11	12852	356467	3,6
40	13820	384320	3,6
46	6168	174578	3,5
86	14643	427193	3,4
50	16482	498747	3,3
71	18294	555663	3,3
12	9062	276805	3,3
82	7861	241698	3,3
81	12124	375379	3,2
43	7210	224006	3,2
2B	5255	166093	3,2

Département	Population dans une commune très fragile	Population du département	Part de la population départementale dans une commune très fragile (%)
16	11103	351577	3,2
51	17847	565307	3,2
27	18459	586543	3,1
15	4539	148162	3,1
62	44648	1461387	3,1
45	19950	656105	3,0
30	21577	709700	3,0
25	15559	527770	2,9
2A	4079	143600	2,8
52	5152	184039	2,8
77	37028	1324865	2,8
57	29078	1045066	2,8
14	18982	683105	2,8
44	34784	1282052	2,7
60	21239	803595	2,6
39	6855	261534	2,6
64	16429	653515	2,5
26	11812	484715	2,4
31	29886	1243641	2,4
33	34601	1449245	2,4
08	6739	283250	2,4
04	3603	160149	2,2
80	12800	570741	2,2
32	4180	188159	2,2
67	24090	1095905	2,2
54	16073	732207	2,2
38	26250	1206374	2,2
87	8076	376191	2,1
28	9128	428933	2,1
63	13140	632311	2,1
09	3148	152038	2,1
42	15405	748947	2,1
17	12545	622323	2,0
91	24306	1215340	2,0
66	8709	448543	1,9
74	13449	738088	1,8
84	9797	543105	1,8
95	20971	1171161	1,8
10	5403	303327	1,8
58	3764	219584	1,7
23	1933	123029	1,6
24	6405	414149	1,5

Département	Population dans une commune très fragile	Population du département	Part de la population départementale dans une commune très fragile (%)
21	8051	524358	1,5
76	18579	1250411	1,5
65	3292	229458	1,4
59	34728	2576770	1,3
83	13239	1008183	1,3
05	1468	136971	1,1
34	9875	1044558	0,9
69	15166	1725177	0,9
78	12088	1408765	0,9
13	5553	1972018	0,3
06	2384	1078729	0,2
75	0	2243833	0,0
92	0	1572490	0,0
93	0	1522048	0,0
94	0	1327732	0,0
Total général	1509910	62765235	2,4

Annexe 10 - Maisons de santé ouvertes au 1er mars 2014 et sans projet de santé



Annexe 11- Répartition régionale en 2013 et 2014 du nombre de maisons de santé et du nombre de projets de maison de santé

Région	Nombre de MSP en 2013	Nombre de projets en 2013	Nombre de MSP en 2014	Nombre de projets en 2014
Alsace	5	1	6	0
Aquitaine	16	20	22	28
Auvergne	5	16	13	25
Basse-Normandie	8	23	10	19
Bourgogne	25	18	35	20
Bretagne	20	22	47	26
Centre	23	10	40	19
Champagne-Ardenne	10	15	9	23
Corse	1	2	1	5
Franche-Comté	23	3	26	11
Guyane	0	0	2	1
Haute-Normandie	8	4	7	9
Île-de-France	11	5	23	32
La Réunion	0	0	1	9
Languedoc-Roussillon	3	24	9	19
Limousin	3	18	4	30
Lorraine	22	10	13	29
Martinique	0	0	3	0
Midi-Pyrénées	6	22	18	23
Nord-Pas-de-Calais	12	13	17	15
Pays de la Loire	13	20	43	4
Picardie	5	15	14	29
Poitou-Charentes	13	18	16	34
Provence-Alpes-Côte d'Azur	4	13	11	25
Rhône-Alpes	46	75	46	58
Total	282	367	436	493

Source : Observatoire des recompositions (DGOS)

Exploitation : G. Chevillard, 2014

Annexe 12 - Description des trois premiers axes factoriels des typologies des bassins de vie

Axe 1 - Description par les variables continues actives

Libellé de la variable	Coordonnée	Poids	Moyenne	Écart-type
Part de bacheliers 2008	-0,82	1416,00	28,782	5,988
Part de professions intermédiaires 2008	-0,81	1416,00	21,633	4,374
Part de cadres 2008	-0,80	1416,00	9,241	4,373
Revenus médians 2008	-0,79	1416,00	21054,500	4008,450
Espérance de vie	-0,62	1416,00	80,062	1,336
Taux de croissance annuel moyen de la population 1999-2010	-0,54	1416,00	0,915	0,910
Évolution de la densité de généralistes 2004-2012	-0,30	1416,00	-7,709	17,112
Z O N E C E N T R A L E				
Densité de pharmaciens	0,44	1416,00	36,917	12,650
Taux de chômage 2008	0,46	1416,00	9,497	2,911
Mortalité évitable liée au système de soins	0,48	1416,00	77,112	15,769
Part d'agriculteurs 2008	0,51	1416,00	5,393	4,464
Part d'ouvriers 2008	0,53	1416,00	28,397	6,926
Structure par âge (axe 1)	0,65	1416,00	0,008	0,154
Mortalité prématurée	0,70	1416,00	205,400	40,655

Axe 2 - Description par les variables continues actives

Libellé de la variable	Coordonnée	Poids	Moyenne	Écart-type
Part d'ouvriers 2008	-0,66	1416,00	28,397	6,926
Part de propriétaires 2008	-0,35	1416,00	70,839	6,194
Structure par âge (axe 2)	-0,23	1416,00	0,009	0,042
Part de médecins de plus de 55 ans en 2008	-0,08	1416,00	42,084	16,789
Évolution de la densité de généralistes 2004-2012	-0,07	1416,00	-7,709	17,112
Part d'agriculteurs 2008	-0,03	1416,00	5,393	4,464
Z O N E C E N T R A L E				
Part de bacheliers 2008	0,42	1416,00	28,782	5,988
Densité de pharmaciens	0,49	1416,00	36,917	12,650
Part de familles monoparentales	0,59	1416,00	10,149	2,134
Densités de généralistes en 2008	0,67	1416,00	85,608	24,454
Part d'artisans en 2008	0,68	1416,00	7,705	2,698
Densité d'infirmiers en 2008	0,69	1416,00	138,186	74,374
Densité de masseur-kinésithérapeute en 2008	0,74	1416,00	71,087	40,958

Axe 3 - Description par les variables continues actives

Libellé de la variable	Coordonnée	Poids	Moyenne	Ecart-type
Part d'agriculteurs 2008	-0,64	1416,00	5,393	4,464
Espérance de vie	-0,46	1416,00	80,062	1,336
Part de propriétaires 2008	-0,44	1416,00	70,839	6,194
Structure par âge (axe 2)	-0,43	1416,00	0,009	0,042
Structure par âge (axe 1)	-0,42	1416,00	0,008	0,154
Part d'artisans en 2008	-0,36	1416,00	7,705	2,698
Distance moyenne pondérée aux pôles de services supérieurs	-0,28	1416,00	22,551	10,208
Z O N E C E N T R A L E				
Part d'employés 2008	0,31	1416,00	27,630	3,099
Part de professions intermédiaires 2008	0,33	1416,00	21,633	4,374
Part de personnes âgées vivant seules 2008	0,38	1416,00	28,473	3,218
Mortalité prématurée	0,39	1416,00	205,400	40,655
Taux de chômage 2008	0,41	1416,00	9,497	2,911
Mortalité évitable liée au système de soins	0,44	1416,00	77,112	15,769
Part de familles monoparentales	0,48	1416,00	10,149	2,134

Annexe 13 - Description des trois premiers axes factoriels des typologies des pseudo-cantons

Axe 1 - Description par les variables continues actives

Libellé de la variable	Coordonnée	Poids	Moyenne	Ecart-type
Structure par âge (axe 2)	-0,68	2189,00	0,000	0,083
Espérance de vie	-0,67	2189,00	80,621	1,692
Part de propriétaires 2008	-0,67	2189,00	66,721	14,247
Revenus médians 2008	-0,65	2189,00	23160,300	5671,150
Part de bacheliers 2008	-0,54	2189,00	32,338	7,495
Taux de croissance annuel moyen de la population 1999-2009	-0,50	2189,00	0,700	0,744
Part de cadres 2008	-0,37	2189,00	12,799	7,292
Z O N E C E N T R A L E				
Part d'employés 2008	0,47	2189,00	28,561	4,075
APL moyenne pondérée	0,50	2189,00	64,516	19,165
Mortalité évitable liée au système de soins	0,63	2189,00	75,078	18,748
Part de familles monoparentales	0,65	2189,00	11,674	4,107
Part de personnes âgées vivant seules 2008	0,68	2189,00	29,165	5,240
Mortalité prématurée	0,80	2189,00	192,546	49,021
Taux de chômage 2008	0,82	2189,00	9,959	3,664

Axe 2 - Description par les variables continues actives

Libellé de la variable	Coordonnée	Poids	Moyenne	Ecart-type
Part de cadres 2008	-0,81	2189,00	12,799	7,292
Part de bacheliers 2008	-0,73	2189,00	32,338	7,495
Part de professions intermédiaires 2008	-0,66	2189,00	24,544	4,245
Part de familles monoparentales	-0,57	2189,00	11,674	4,107
Revenus médians 2008	-0,54	2189,00	23160,300	5671,150
Densité de masseur-kinésithérapeute en 2008	-0,54	2189,00	71,849	45,956
Espérance de vie	-0,38	2189,00	80,621	1,692
Z O N E C E N T R A L E				
Part d'artisans en 2008	0,38	2189,00	6,458	2,484
Structure par âge (axe 2)	0,40	2189,00	0,000	0,083
Structure par âge (axe 1)	0,44	2189,00	0,000	0,140
Part de propriétaires 2008	0,59	2189,00	66,721	14,247
Part d'agriculteurs 2008	0,66	2189,00	3,128	4,328
Distance moyenne pondérée aux pôles de services supérieurs	0,67	2189,00	14,586	10,665
Part d'ouvriers 2008	0,67	2189,00	24,510	7,591

Axe 3 - Description par les variables continues actives

Libellé de la variable	Coordonnée	Poids	Moyenne	Ecart-type
Part d'ouvriers 2008	-0,30	2189,00	24,510	7,591
Mortalité évitable liée au système de soins	-0,17	2189,00	75,078	18,748
Part de professions intermédiaires 2008	-0,13	2189,00	24,544	4,245
Structure par âge (axe 1)	-0,12	2189,00	0,000	0,083
Part d'employés 2008	-0,07	2189,00	28,561	4,075
Mortalité prématurée	-0,07	2189,00	192,546	49,021
Part de personnes âgées vivant seules 2008	-0,07	2189,00	29,165	5,240
Z O N E C E N T R A L E				
APL moyenne pondérée	0,35	2189,00	64,516	19,165
Densité de pharmaciens	0,49	2189,00	34,757	13,632
Densité de masseur-kinésithérapeute en 2008	0,56	2189,00	71,849	45,956
Densités de généralistes en 2008	0,57	2189,00	81,495	31,038
Part d'artisans en 2008	0,67	2189,00	6,458	2,484
Structure par âge (axe 1)	0,69	2189,00	0,000	0,140
Densité d'infirmiers en 2008	0,75	2189,00	126,351	79,410

Annexe 14 - Répartition des maisons de santé, des médecins généralistes libéraux et de la population au sein des classes de bassins de vie

Répartition des maisons de santé en 2013 et 2014 au sein des classes issues de la typologie des bassins de vie de l'espace à dominante rurale (EDR)

Classes de bassins de vie	Nombre de MSP en 2013	Part des structures en 2013 (%)	Nombre de MSP en 2014	Part des structures en 2014 (%)
Classe 1	41	20	57	18
Classe 2	4	2	4	1
Classe 3	52	25	86	27
Classe 4	52	25	71	22
Classe 5	12	6	29	9
Classe 6	45	22	70	22
Total	206	100	317	100
Source : Observatoire des recompositions (DGOS) Exploitation : G. Chevillard, 2014				

Répartition des médecins généralistes libéraux (MGL) et de la population au sein des classes issues de la typologie des bassins de vie de l'espace à dominante rurale (EDR)

Classes de bassins de vie	Nombre de MGL en 2012	Part des MGL de l'EDR (%)	Part des MGL métropolitains (%)	Population en 2010	Part de la population de l'EDR (%)	Part de la population métropolitaine (%)
Classe 1	3 945	24	7	5 128 823	25	8
Classe 2	1 393	8	3	1 741 995	8	3
Classe 3	3 016	18	6	4 390 839	21	7
Classe 4	3 459	21	7	4 733 038	23	8
Classe 5	2 923	18	6	2 906 385	14	5
Classe 6	1 791	11	3	2 010 215	10	3
Total	1 6527	100	31	20 911 295	100	33
Source : Observatoire des recompositions (DGOS) Exploitation : G. Chevillard, 2014						

Annexe 15 - Répartition des maisons de santé, des médecins généralistes libéraux et de la population au sein des classes de pseudo-cantons

Répartition des maisons de santé en 2013 et 2014 au sein des classes issues de la typologie des pseudo-cantons de l'espace à dominante urbaine (EDU)

Classes de pseudo-cantons	Nombre de MSP en 2013	Part des structures en 2013 (%)	Nombre de MSP en 2014	Part des structures en 2014 (%)
Classe 1	11	14	24	21
Classe 2	1	1	4	4
Classe 3	4	5	7	6
Classe 4	23	29	27	24
Classe 5	14	18	19	16
Classe 6	6	8	9	4
Classe 7	21	26	22	19
Total	80	100	112	100
Source : Observatoire des recompositions (DGOS) Exploitation : G. Chevillard, 2014				

Répartition des médecins généralistes libéraux (MGL) et de la population au sein des classes issues de la typologie des pseudo-cantons de l'espace à dominante urbaine (EDU)

Classes de pseudo-cantons	Nombre de MGL en 2012	Part des MGL de l'EDU (%)	Part des MGL métropolitains (%)	Population en 2010 ⁴³	Part de la population de l'EDU (%)	Part de la population métropolitaine (%)
Classe 1	2 307	6	4	3 557 203	8	6
Classe 2	297	1	1	416 293	1	1
Classe 3	3 500	10	7	3 348 466	8	5
Classe 4	4 826	13	9	6 311 225	15	10
Classe 5	10 929	30	21	12 398 550	30	20
Classe 6	4 842	13	9	6 040 976	14	10
Classe 7	9 523	26	18	9 780 827	23	16
Total	36 224	100	69	41 853 940	100	67
Source : Observatoire des recompositions (DGOS) Exploitation : G. Chevillard, 2014						

⁴³ Notre méthodologie conduit à analyser les espaces à dominante urbaine au niveau des pseudo-cantons. Ceux-ci ne s'imbriquent cependant pas avec les bassins de vie. Nous analysons le poids des classes selon la part de population des pseudo-cantons entièrement imbriqués dans les bassins de vie urbains, afin d'analyser 100 % de la population métropolitaine. Les chiffres présentés sont ainsi corrigés du double comptage.

Annexe 16- Répartition des maisons de santé au sein des classes de la typologie des communes de l'espace à dominante rurale

Répartition des maisons de santé au sein des classes de la typologie des communes de l'espace à dominante rurale

Classe	Nombre de MSP	Part de MSP (%)
1	142	45
2	25	8
3	116	37
4	27	9
5	3	1
Hors typologie	4	1
Total	317	100

Répartition des maisons de santé au sein des classes de la typologie des communes de l'espace à dominante urbaine

Classe	Nombre de MSP	Part de MSP (%)
1	1	1
2	16	14
3	2	2
4	2	2
5	22	20
Hors typologie	69	62
Total général	112	100

Annexe 17 - Caractéristiques des régions selon la part de population vivant dans les situations supposées propices aux maisons de santé et selon la part de population en dehors des grands pôles urbains (GPU)

	Part de population dans les espaces propices	Part de population vivant dans un GPU	Indice de spécialisation régionale
Île-de-France	21,4	88,8	64,8
Champagne-Ardenne	44,6	43,4	135,3
Picardie	39,6	32,9	120,0
Haute-Normandie	35,4	51,8	107,3
Centre	45,5	42,9	137,8
Basse-Normandie	39,1	34,8	118,5
Bourgogne	45,4	36,8	137,7
Nord-Pas-de-Calais	41,9	76,5	127,0
Lorraine	44,8	50,3	135,8
Alsace	23,8	52,2	72,2
Franche-Comté	37,2	37,6	112,8
Pays de la Loire	45,6	43,6	138,3
Bretagne	40,0	36,7	121,3
Poitou-Charentes	41,4	35,2	125,6
Aquitaine	32,0	54,3	96,9
Midi-Pyrénées	20,4	46,9	61,8
Limousin	51,7	40,6	156,7
Rhône-Alpes	15,9	61,1	48,1
Auvergne	41,6	38,8	125,9
Languedoc-Roussillon	9,7	49,4	29,5
Provence-Alpes-Côte d'Azur	4,5	81,1	13,6
Corse	3,6	43,6	11,0
Réalisation : G. Chevillard, 2014			

Annexe 18 - Types de région selon la comparaison entre la situation « attendue » en maison de santé et la situation « observée »

	Nombre de MSP et projet dans situations propices	Nombre total de MSP et projets en dehors des GPU	Part de situations propices ayant une MSP ou un projet (observé)	Part de situations propices ayant une MSP (observé)
Île-de-France	1	3	1,6	1,6
Champagne-Ardenne	22	25	17,6	6,4
Picardie	15	20	8,4	1,1
Haute-Normandie	5	9	5,0	3,0
Centre	25	31	9,3	6,7
Basse-Normandie	26	29	16,3	2,5
Bourgogne	39	42	21,3	12,0
Nord-Pas-de-Calais	9	10	6,1	2,0
Lorraine	21	31	12,7	7,3
Alsace	1	5	1,6	1,6
Franche-Comté	15	24	14,2	12,3
Pays de la Loire	20	30	6,8	2,1
Bretagne	29	40	10,1	4,2
Poitou-Charentes	23	27	11,2	4,4
Aquitaine	27	34	11,5	5,1
Midi-Pyrénées	18	27	10,9	1,8
Limousin	18	20	14,0	1,6
Rhône-Alpes	27	85	23,1	7,7
Auvergne	17	21	10,1	2,4
Languedoc-Roussillon	8	26	14,5	3,6
PACA	1	14	33,3	0,0
Corse	0	3	0,0	0,0

Annexe 19 - Nombre de MSP selon le type de bassins de vie et le type de communes

Type de bassin de vie	1	2	3	4	5	6	Total
Type de commune							
1	23	1	46	33	5	34	142
2	4		4	8	4	5	25
3	17	3	32	21	16	27	116
4	9		3	8	4	3	27
5	2		1				3
Hors typologie	2			1		1	4
Total	57	4	86	71	29	70	317

Annexe 20 - Part de MSP (%) selon le type de bassins de vie et le type de communes

Type de bassin de vie	1	2	3	4	5	6	Total
Type de commune							
1	40	25	53	46	17	49	45
2	7	0	5	11	14	7	8
3	30	75	37	30	55	39	37
4	16	0	3	11	14	4	9
5	4	0	1	0	0	0	1
Hors typologie	4	0	0	1	0	1	1
Total	100	100	100	100	100	100	100

Annexe 21 - Comparaison de bassins de vie appartenant à la classe 4 de la typologie des espaces à dominantes rurale selon leur département et les principaux indicateurs de la typologie

	Aisne	Cher	Corrèze	Meurthe-et-Moselle	Meuse	Nièvre
Taux de chômage (2008)	13.77	10.29	8.78	11.07	11.91	11.83
Revenu médian (2008)	18387.62	19827.26	18274.36	20103.84	18876.60	18811.22
Part agriculteurs (2008)	4.53	6.58	8.10	2.37	5.29	5.12
Part ouvriers (2008)	34.96	29.25	26.08	33.49	33.91	29.74
Part de 65-74 ans (2008)	8.10	10.79	10.25	8.65	8.68	11.90
Part de 75-84 (2008)	6.86	9.25	9.69	7.66	7.62	10.08
Part de plus de 85 ans (2008)	2.06	3.49	3.95	2.05	2.30	3.54
Pars de PAVS (2008)	31.49	31.79	31.51	32.27	31.93	32.52
Distance moyenne aux pôles de proximité	2.69	2.45	2.59	1.79	3.55	3.21
Distance moyenne aux pôles intermédiaires	6.99	7.44	10.51	5.60	7.01	7.35
Distance moyenne aux pôles supérieurs	22.36	22.58	19.15	17.58	27.36	26.73
Espérance de vie	77.78	78.14	78.80	79.13	79.14	78.53
Mortalité prématurée	266.30	263.69	261.17	222.95	213.21	270.32
Mortalité évitable	98.63	91.57	90.73	83.49	87.15	92.41
Part de médecins de plus de 55 ans (2004)	25.22	26.06	9.38	23.45	32.56	33.41
Evolution de la densité de généralistes (2004-2012)	-14.31	-6.35	-49.22	-7.73	3.26	-19.02
Densités de généralistes de plus de 55 ans (2012)	21.21	21.88	9.57	16.35	22.89	24.79
Densités de généralistes de plus de 55 ans (2004)	40.98	36.44	26.24	30.56	41.95	39.80

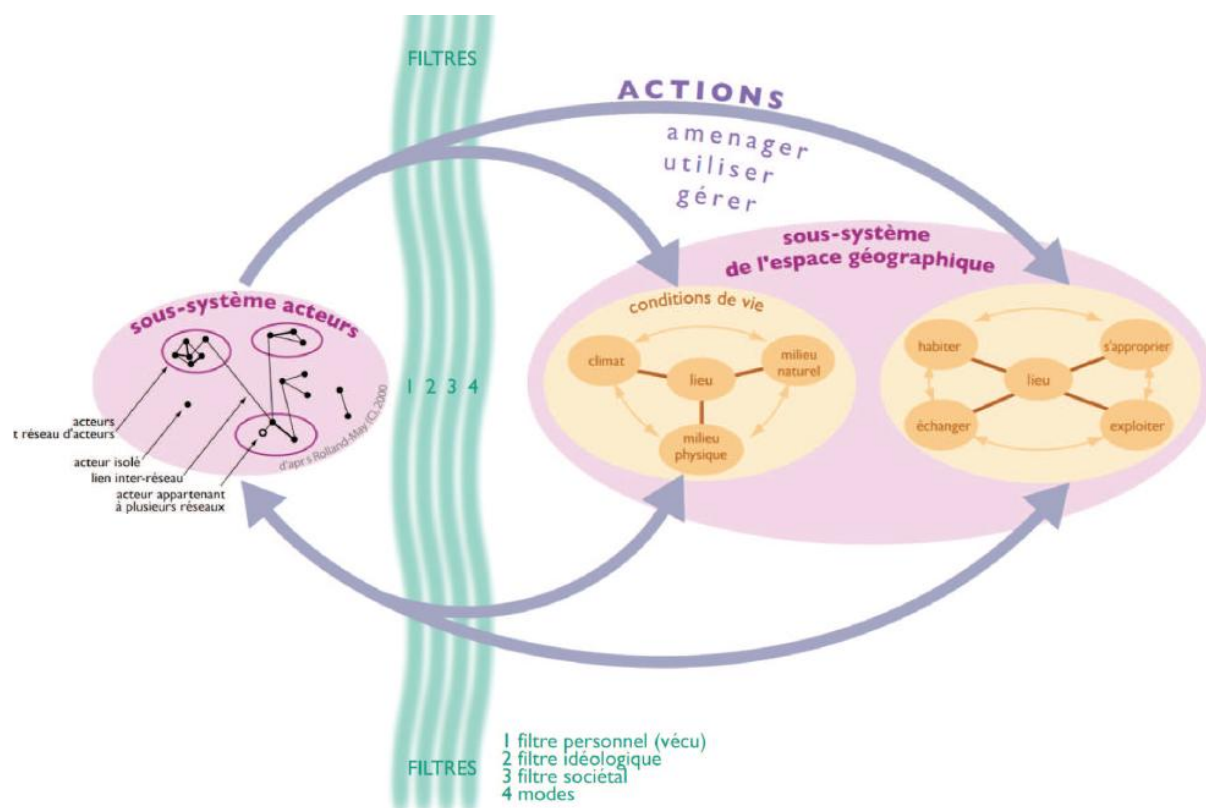
Annexe 22 - Comparaison de bassins de vie appartenant à la classe 6 de la typologie des espaces à dominantes rurale selon leur département et les principaux indicateurs de la typologie

	Côte d'Armor	Aveyron	Cantal	Creuse	Dordogne	Gers	Nièvre
Taux de chômage (2008)	9.11	6.31	7.28	9.46	10.69	8.45	10.70
Revenu médian (2008)	19886.2	17502.6	16489.6	16334.9	18269.6	17984.6	17277.6
Part agriculteurs (2008)	10.15	20.33	19.30	16.54	7.72	13.88	12.29
Part ouvriers (2008)	29.08	22.21	24.09	23.33	29.31	24.81	26.25
Part de 65-74 ans (2008)	13.37	12.46	12.18	12.40	12.29	12.11	13.14
Part de 75-84 (2008)	11.72	11.67	10.71	12.30	10.50	10.70	11.82
Part de plus de 85 ans (2008)	3.99	4.16	4.07	4.53	3.78	3.97	4.71
Pars de PAVS (2008)	31.69	25.56	29.00	30.38	27.28	25.27	31.69
Distance moyenne aux pôles de proximité	1.57	3.31	3.77	3.61	2.98	3.09	3.94
Distance moyenne aux pôles intermédiaires	9.55	9.29	9.94	8.89	7.07	5.81	8.64
Distance moyenne aux pôles supérieurs	27.70	34.66	23.21	26.56	31.95	31.20	36.16
Espérance de vie	79.10	81.30	79.65	78.89	79.92	81.03	78.96
Mortalité prématurée	249.75	170.76	213.78	244.71	213.43	197.94	247.62
Mortalité évitable	79.98	68.39	80.80	81.53	80.54	67.16	87.46
Part de médecins de plus de 55 ans (2004)	35.66	33.24	29.49	25.86	30.47	28.99	17.52
Evolution de la densité de généralistes (2004-2012)	-6.03	-12.76	-6.08	-10.46	-13.65	-5.59	-17.10
Densités de généralistes de plus de 55 ans (2012)	34.84	32.56	27.81	29.94	29.62	32.21	16.01
Densités de généralistes de plus de 55 ans (2004)	51.55	48.71	41.90	66.22	49.78	69.14	44.50

Annexe 23 - Comparaison de bassins de vie en dépeuplement selon leur département et les principaux indicateurs de la typologie

	Aisne	Ardennes	Aveyron	Cher	Creuse	Haute-Marne	Nièvre	Nord	Puy-de-Dôme
Taux de chômage (2008)	14.81	16.43	7.08	11.51	10.03	10.20	11.07	15.63	10.26
Revenu médian (2008)	17473.8	18520.2	16959.9	17693.8	15791.0	18568.2	18062.6	18404.1	17314.2
Part agriculteurs (2008)	6.26	2.41	22.27	7.75	17.60	6.74	9.40	3.12	10.18
Part ouvriers (2008)	36.28	38.59	23.00	30.92	23.58	37.36	27.86	32.58	29.78
Part de 65-74 ans (2008)	8.42	8.72	13.09	12.09	12.58	10.15	12.79	7.68	10.68
Part de 75-84 (2008)	7.30	7.22	12.75	10.40	11.96	8.68	11.11	6.61	9.66
Part de plus de 85 ans (2008)	2.16	2.07	4.23	3.87	4.43	3.25	4.14	1.76	3.31
Pars de PAVS (2008)	31.40	32.30	26.74	31.57	30.72	31.87	32.36	33.07	31.64
Distance moyenne aux pôles de proximité	2.94	1.34	2.61	2.29	3.72	3.97	3.83	0.92	4.84
Distance moyenne aux pôles intermédiaires	6.23	5.38	11.71	7.55	9.54	9.63	8.35	4.05	11.78
Distance moyenne aux pôles supérieurs	25.10	31.17	37.73	24.93	24.66	26.65	31.66	13.20	24.16
Espérance de vie	77.39	78.81	81.07	78.44	78.68	79.00	78.94	77.70	78.60
Mortalité prématurée	274.83	235.18	179.61	254.89	241.71	222.41	258.49	279.34	250.16
Mortalité évitable	97.09	91.72	66.45	89.22	78.91	85.33	89.05	99.75	90.22
Part de médecins de plus de 55 ans (2004)	31.44	28.17	37.33	33.15	22.47	34.40	28.77	34.61	27.69
Evolution de la densité de généralistes (2004-2012)	-17.25	4.83	-10.06	-4.81	-22.81	-11.09	-13.64	-12.72	-11.06
Densités de généralistes de plus de 55 ans (2012)	27.04	28.44	36.16	26.21	26.62	28.74	21.40	30.77	26.75
Densités de généralistes de plus de 55 ans (2004)	43.24	44.30	64.77	44.77	53.92	40.23	45.13	32.98	47.13

Annexe 24 - Fonctionnement du système territoire (Moine, 2005)



Annexe 25 - La matrice CAPE pour analyser le jeu des acteurs (Partoune, 2010, d'après Piveteau 1996)

	Interne	Externe
Régulateur	C COLLECTIFS ex : les bourgmestres	A ARBITRES ex : la Région Wallonne
Non régulateur	P PRIVATIFS ex : les propriétaires	E EXTÉRIEURS ex : les touristes

Annexe 26 - Grille d'entretien « Porteur de projet de la maison de santé »

Le contexte dans lequel s'insère le projet

Comment qualifieriez-vous la dynamique territoriale dans laquelle s'inscrit ce projet ?

Comment qualifieriez-vous la dynamique d'offre de soins dans laquelle s'inscrit ce projet ?

Comment jugez-vous l'importance du projet de MSP par rapport aux enjeux plus généraux du territoire ?

Le projet s'inscrit-il ou s'articule-t-il avec d'autres projets ou dispositifs territoriaux existants (Pays, PER, ZUS, ZRR autres ...) ? si oui, précisez les modalités

Historique (durée, étapes)

Quel a été l'élément déclencheur du projet ? Le constat de départ ?

A quand datez-vous la naissance du projet ?

Quelles ont été les principales étapes qui jalonnent le projet ? étude préalable...

Quelle est la date d'ouverture ?

La problématique à laquelle il répond (objectifs, enjeux)

A quelle(s) problématique(s) le projet répond ? (De manière générale, de manière spécifique)

D'autres solutions ont-elles été envisagées pour y faire face ? (si oui, pourquoi ont elles été écartées ?)

Le type de projet

Pourquoi devenir (ou créer selon) une maison de santé : quelles étaient les motivations et les attentes ?

Comment vous est venue l'idée de la maison de santé (Partage d'expérience, presse, élus, ARS) ?

Des alternatives ont-elles été étudiées ? *Pôles de santé...*

La construction du projet « territorial » (professionnel et santé)

Les acteurs concernés

De quelle manière ont été mobilisés les professionnels de santé du territoire autour du projet ?

Comment ont ils accueilli le projet ?

Certains professionnels ont ils refusé le projet ? Pour quelles raisons (principales) ?

Qui est le leader ? A-t-il changé en cours de route ?

Qui sont les relais (dans quels buts ?)

Quels sont brièvement les principaux acteurs et leurs rôles ?

Ce projet s'appuie-t-il sur une structure préexistante (cabinet médicale, association de professionnels, maison de garde, hôpital local, réseau...) ?

Le projet a t il rencontré des difficultés ? De quelles natures ?

Dans quelle mesure considérez vous que le projet a un caractère innovant ?

Le projet de santé

A quel moment de la réflexion le projet de santé est arrivé ?

Quand le projet de santé a-t-il été déposé ? Quand a-t-il été validé ?

Des modifications ont-elles été apportées ?

Qui a participé à l'élaboration du projet de santé ? Quels axes sont consensuels ? quels axes font débat ?

Quelle plus-value apporte il par rapport à l'offre de soins (ou son organisation) actuelle ?

L'accompagnement

Le projet a-t-il fait l'objet d'une démarche particulière d'accompagnement ?

- Si oui, quels étaient les interlocuteurs privilégiés ou associés ?
- Pour quelles étapes ?

Avez-vous sollicité une aide extérieure pour le diagnostic territorial ? Si oui qui ? Comment l'avez vous financé ?

Le territoire du projet

Comment s'est dessiné le périmètre du projet de la MSP ? Et pourquoi ?

Ce territoire est-il en adéquation avec :

- des territoires administratifs (canton, interco, pays) ? Avec d'autres territoires (collèges, paroisses) ? Avec des frontières naturelles (cols, cours d'eau ...) ?
- avec les territoires de premier recours définis dans le volet ambulatoire du SROS ?
- avec le découpage de la permanence des soins ?

Mise en œuvre du projet

Une partie du projet (permanence des soins, location de matériel, de locaux...) est-elle formalisée par un contrat ? Si oui, laquelle et entre qui ?

Le projet de santé a-t-il la valeur d'un contrat ?

Le financement du projet de MSP

Comment avez vous eu vent des financements possibles pour un projet de MSP : *Veille informative, échanges avec autres élus, avis d'experts extérieurs, informations provenant des services déconcentrés ?*

Qui a participé au financement :

- ingénierie
- Volet immobilier
- Matériel
- autres

La localisation de la structure

S'agit-t-il d'une construction ? D'une réhabilitation ? D'une extension d'un site ?

Comment le lieu a-t-il été choisi (opportunité ...) ?

Qui décide du lieu ? Quels sont les critères qui ont primé ? Y-a-t-il eu des divergences ?

La structure au sein du territoire, le fonctionnement

La place de la MSP au sein de l'organisation de l'offre de soins

La maison de santé est-elle en situation de monopole en OSPR?

- Si non, quels sont vos rapports avec les autres médecins généralistes ?

Quelle est la nature de vos relations :

- avec les professionnels de santé de premier recours du territoire mais en dehors de la MSP ? en particulier les généralistes (PDS, continuité etc.) ?
- avec les professionnels de santé spécialistes du territoire mais en dehors de la MSP ?
- avec les professionnels en dehors du territoire ?
- avec l'extérieur ?
- avec d'autres maisons de santé (si voisines) ?

Vers quel hôpital sont dirigés les patients ?

Existe-t-il des partenariats avec d'autres structures de soins ou du médico-social ou autre (réseaux de santé, Ehpad, pa, ph...) ?

Certains de ces partenariats ont-ils été créés grâce à la maison de santé ? Ou existaient-ils avant ?

La structure au sein de l'intercommunalité

Quelle est la nature de vos relations :

- avec la mairie ?
- avec l'EPCI ? forme et fréquence ?
- avec le conseil régional ?

La structure dans un cadre plus régionale

Êtes-vous adhérents de la Fédération française des maisons et pôles de santé? De son antenne régionale ?

Quelles actions sont menées ? Dans quelles mesures répondent-elles aux attentes des professionnels de la structure ?

Quelle est la nature de vos relations :

- avec l'ARS ?
- avec l'URPS et les syndicats de médecins ?
- avec les Ordres ?
- avec le CHRU ?

L'impact de la structure

L'impact sur la démographie médicale et sur les soins

Y-a-t-il eu des nouveaux professionnels depuis l'ouverture de la structure (date, type, ETP, premier exercice, sinon quelle commune avant ?)

Y-a-t-il eu des départs de professionnels depuis l'ouverture de la structure (date, type, raison)?

Existe-t-il des promesses d'arrivées ?

Y'avait-il un objectif de professionnels ? la MSP y répond-elle ?

Est-il prévu des consultations délocalisées de médecins spécialistes :

- si oui pour quelles spécialités ?
- quelle est leur fréquence ?
- sous quelles conditions (loyer ?)

Parmi les professionnels au sein de la structure, certains exercent-ils à temps partiels ?

L'impact sur l'accessibilité aux soins

Accessibilité horaire : horaire avant/après ?

Accessibilité physique : plein pied, parking, place handicapée, accessibilité PMR, signalétique

Consultations / visite : quelle est l'organisation générale ? Des visites non programmées sont-elles prévues ?

L'accessibilité financière : quel est le secteur de conventionnement (généralistes et spécialistes) ?

Sur les recompositions locales de l'offre de soins :

Parmi les professionnels exerçant, combien sont en premier exercice ?

Hormis les primo-installants, les différents professionnels ayant rejoint la structure proviennent-ils de la même commune ?

Si non de quelles communes ?

Si les communes concernées sont voisines, est-ce que cela a entraîné la fermeture d'un cabinet ?

Des démarches ont-elles été menées pour expliquer le projet aux habitants ? De quelle nature ?

Quelles « compensations » sont prévues ?

Pensez-vous qu'il vaut mieux concentrer l'offre de soins pour pérenniser, ou essayer de maintenir un maximum de proximité ?

Comment jugez-vous les maisons de santé par rapport aux enjeux actuels autour de la démographie médicale ? est-ce la solution ? une parmi d'autres ?

La place des usagers :

Des actions spécifiques pour la population sont-elles menées ? (grâce à la MSP, à son personnel ?)

Une enquête de satisfaction est-elle prévue ?

L'impact pour les professionnels

La maison de santé dispose-t-elle d'un secrétariat commun ?

Comment se déroulent les réunions d'équipe : fréquence, thématique, professionnels concernés ?

Comment jugez-vous les apports de l'exercice en groupe pluriprofessionnel au regard des attentes ?

Quelle est la plus-value de ces structures ?

Comment jugez-vous la place du payement à l'acte dans une structure pluriprofessionnelle ?

La formation :

La structure accueille-t-elle des stagiaires de médecine générale ? Si oui, depuis quand ?

Comment jugez-vous cette possibilité offerte aux étudiants ?

Quels sont en général leurs retours ?

Les impacts autres :

L'ouverture de la structure a-t-elle permis la création d'emploi ? (ou le maintien ?)

A votre avis comment la structure peut-elle améliorer l'image de la ville ? du territoire ?

Des possibilités d'extension sont-elles envisagées ?

Annexe 27 - Annonce de recherche de médecin dans la MSP du Val D'Ornois

Maison de Santé du Val d'Ornois

Personne à contacter : Dr Laurène Millet-Malingrey

Adresse et numéro de téléphone :

3bis place de la Corvée 55130 Gondrecourt-le-Château

Tel : 03 29 89 70 18

Structure actuelle :

3 médecins généralistes dont 1 maître de stage et enseignant

2 cabinets infirmiers (soit 5 infirmiers et infirmières)

1 orthophoniste

2 secrétaires à temps-plein

1 bureau polyvalent accueillant 1 sage-femme et 1 podologue

1 salle de réunion

1 antenne à Tréveray (17km) abritant un cabinet médical (consultations des professionnels à tour de rôle)

Bureaux vacants :

- 1 espace kiné (comprenant 1 salle d'attente, un bureau, un espace commun, 3 salles individuelles dont une équipable en balnéothérapie)
- 1 bureau pour médecin

Nous cherchons :

- un (voire 2) kinésithérapeute (entrée obligatoire dans la SISA) dès que possible
- un quatrième médecin généraliste pour occuper le 4^{ème} bureau (entrée obligatoire dans la SISA), à partir de la rentrée de septembre 2014
- un médecin généraliste en collaboration à partir de la rentrée de septembre 2014
- un collaborateur ou une collaboratrice pour l'orthophoniste
- nous pourrions accueillir un/e orthoptiste en vacation dans le bureau polyvalent

Particularité : travail sur l'ETP BPCO

Annonce faite en date du ~~3~~06/2014 (structure ouverte au public le ~~2~~06/2014)

Population du territoire

4960 environ (estimation 2011)

Présence pharmacie, collège, lycée, activités culturelles

Pharmacie → 1 à Gondrecourt, 1 dans le village où se situe l'antenne

Une maison de retraite de 80 résidents

Autres professionnels de santé :

- 1 cabinet infirmier sur le territoire de l'antenne de Tréveray
- 1 cabinet de 2 kinésithérapeutes ne pouvant pas répondre aux besoins de soins de kinésithérapie de la population du bassin de vie
- 1 dentiste à Gondrecourt et 1 dentiste à Tréveray

Collège : à Gondrecourt

Activités culturelles : associations sportives, activités proposées par l'association des familles rurales, école de musique municipale

Annexe 28 - Annonce : recherche de médecin au sein de la maison médicale de Landudec

UNOF : Union Nationale des Omnipraticiens Français

SOS : maison médicale flambant neuve cherche MG...

du vendredi 17 février 2012



Landudec, sa belle église, son camping du Bel Air et ... Sa maison médicale. Tout aurait pu être parfait dans cette petite bourgade de 1 300 habitants, à un détail près. Depuis l'ouverture de la maison médicale, aucun médecin n'a souhaité s'y installer.

L'histoire de la maison médicale de Landudec (Finistère) commence il y a 4 ans. Une association chrétienne propriétaire de terres décide de vendre un vieux collège et son terrain en plein centre de commune pour une somme modique, 10 000 euros. En contrepartie, elle demandera à l'acheteur de construire une maison médicale sur le terrain.

"On s'est dit qu'il n'y aurait bientôt plus de docteurs..."

"On l'a bien spécifié dans le contrat de vente" explique René Vigourou, vice président de l'association, avant d'ajouter : "On s'est dit qu'il n'y aurait bientôt plus de docteurs et qu'il fallait des locaux pour les infirmières". Philippe Gadonna, entrepreneur du bâtiment dans la commune, décide de signer, attiré par le faible prix du terrain.

800 000 euros de travaux plus tard, un immeuble de trois étages est né dont tout le rez-de-chaussée est consacré à la maison médicale. Un local aux normes, accessible aux personnes à mobilité réduite, dont chaque cabinet dispose d'une sortie privative. Même l'isolation phonique a été soignée. Cela ne suffira pas. Dans le bâtiment finalisé à l'été 2011, les six logements sont rapidement loués, mais la maison médicale reste vide. Philippe Gadonna baisse alors le prix de ses loyers et parvient à attirer en janvier deux infirmières et un kiné. Les cabinets de médecins restent toujours désespérément inoccupés.

"Il y a quatre ans, quand j'ai signé le projet, on ne parlait pas trop du manque de médecin, si j'avais su je ne crois pas que j'y serais allé" déplore le promoteur qui ne parvient pas à rentrer dans ses frais. Pourtant, pour René Vigourou, cette maison médicale, c'était la seule chance d'attirer des médecins. "Si on n'offre pas un local décent à un généraliste qui souhaite s'installer, on n'a aucune chance" analyse-t-il.

A l'envers

A Landudec, il y a encore un médecin, Le Dr Dominique Gauducheau. Ce généraliste en poste depuis 1972 est censé être retraité depuis deux ans. "Je continue à travailler parce qu'il n'y

a personne pour prendre la relève. Il y aurait facilement du boulot pour deux généralistes, mais je suis obligé de freiner. Je m'arrête à 20 consultations par jour" regrette-t-il. En 4 ans, le médecin n'a reçu que 10 appels de potentiels remplaçants, mais tous ont finalement refusé. Pourtant, il promet que "si les médecins viennent, je leur transmets gratuitement ma patientèle, je leur tiens la main pendant trois mois, jusqu'à ce que tout fonctionne bien, et puis j'arrête". Même sa secrétaire se tient à disposition.

Il y a deux ans, la commune avait envoyé via le Conseil de l'Ordre du Finistère des brochures à tous les remplaçants de Bretagne. Pour un résultat nul. Démuni, le maire de Landudec, Noël Cozic, prévoit de retenter l'expérience.

Pour Pierre de Haas, médecin généraliste et président de la Fédération française des maisons et pôles de santé, "cette histoire est plutôt mal partie. Ils sont tombés dans l'erreur la plus classique". Pour ce spécialiste des maisons de santé, l'analyse est claire : "Ils ont pris le problème à l'envers, il faut d'abord créer une équipe avant de la mettre dans des murs, et surtout pas l'inverse !".

"Dans la panade"

Que va devenir cette maison médicale ? Pour le moment, Philippe Gadonna perd de l'argent, "Je suis dans la panade. Si au bout d'un certain temps on ne trouve toujours pas de médecins, je vais être obligé de prendre des décisions" soupire-t-il. Car à son grand désespoir, le promoteur a dû refuser de louer ses cabinets à d'autres professions libérales intéressées par les locaux et même à des personnes handicapées qui auraient souhaité s'y installer. Depuis peu, une sage-femme serait intéressée, mais "elle hésite à cause du prix du loyer" déplore le promoteur qui va peut-être encore devoir baisser ses prix.

Même René Vigourou, à l'origine du projet de la maison médicale, est fataliste, "S'il n'y a pas de médecins généralistes mais que des dentistes sont intéressés, ça fera l'affaire. Tant pis, on aura une maison médicale sans médecins. Et puis si au bout d'un an on ne trouve rien, il faudra trouver une autre solution".

En tout dernier recours, le maire pourrait envisager de contacter un cabinet privé qui propose des médecins roumains. Une solution qu'il préférerait laisser de côté. "J'aurais peur que le médecin vienne avant de très vite repartir pour autre chose". Un avis partagé par le Dr Gauducheau. "Toutes les histoires que j'ai entendues avec les médecins d'origines étrangères ont été un échec". Et le maire de résumer : "On préférerait un bon étudiant de chez nous. Pour lui cela serait une affaire rentable, il pourrait facilement gagner 3 500 à 4 000 euros par mois". Avis aux intéressés.

Source :

<http://www.esora.fr/>

Auteur : Conception Alvarez

Annexe 29 - Exemple de plaquette de promotion pour l'exercice en milieu rural en Aveyron

<http://aveyron.fr/pages/d%C3%A9mographie%20m%C3%A9dicale/jeunes%20m%C3%A9decins%20o%C3%B9%20installer%20en%20aveyron>

RECHERCHE MEDECINS EN MAISON DE SANTE DECAZEVILLE, AUBIN, DE LA MINE AU THERMALISME

**Venez rejoindre la maison de santé
du bassin situé sur deux pôles :
Decazeville et Aubin.**

CADRE PROFESSIONNEL

Plusieurs postes de médecins sont à pourvoir pour renforcer l'équipe de 9 médecins déjà engagés dans le projet :

- Pour Decazeville 2 postes restent vacants, s'installeront 7 médecins généralistes, 5 cabinets infirmiers en rotation, 2 kinésithérapeutes, orthoptiste, psychologue, et diététicienne.
- Pour Aubin 2 postes restent vacants, s'installeront 3 médecins généralistes et 2 kinésithérapeutes.

Les maisons de santé seront entièrement informatisées et travailleront en réseau avec dossiers médicaux partagés. 4 médecins sont maîtres de stage. La charge de travail est adaptable en fonction du souhait du futur installé. Les astreintes représentent 6 soirées et 1,5 samedi, dimanche et jour férié par trimestre.

Les plateaux techniques les plus proches sont Decazeville à 5 mn et Rodez à 40 mn. Le premier CHU est à Toulouse 2 heures de route.



CADRE DE VIE

Decazeville est une petite ville de 10 000 habitants et Aubin en compte 4 000, situées dans l'ouest Aveyron au carrefour des départements du Lot, du Cantal et de l'Aveyron à proximité des sites touristiques de la vallée du Lot : Conques, La Vézère, le château de Gironde. A quelques kilomètres également se trouve le centre thermal de Cransac connu pour le traitement des rhumatismes aux gaz naturels chauds. Vous trouverez à Decazeville comme à Aubin tous les commerces de proximité, une crèche, une école, un collège et un lycée ainsi que de nombreuses associations sportives et culturelles.





Date de publication : 10 octobre 2013

Identification du poste

Médecin généraliste au sein de la maison de santé pluridisciplinaire de Saint-Maur (36)

Identification géographique du lieu d'exercice

Région : Centre

Département : Indre (36)

Commune : Saint-Maur

Code postal : 36250

Adresse de la MSP : 3, rue de la Martinique

Caractéristiques de la structure et du territoire

La MSP recherche un médecin généraliste pour compléter l'équipe pluridisciplinaire composée de :

- Un médecin généraliste,
- Un chirurgien dentiste,
- Une infirmière,
- Une podologue,
- Une ostéopathe,
- Deux orthophonistes,
- Une sophrologue.

La MSP est implanté dans le centre bourg de Saint-Maur (3.500 hab.), à 10 min du centre de Châteauroux (agglomération de 80.000 hab.) qui accueille un centre hospitalier et une clinique.

Le centre bourg est desservi gratuitement par le réseau de bus urbain de la communauté d'agglomération castelroussine.

La MSP s'étend sur une surface de 450 m² répartis sur 2 niveaux. Elle bénéficie d'un parking d'une trentaine de places qu'elle partage avec la pharmacie de 400 m² qui se trouve à côté.

La MSP dispose d'un accueil et d'un secrétariat commun ouvert du lundi au vendredi de 8h00 à 12h00 et de 14h00 à 17h00. Elle bénéficie également de deux salles d'attente, d'une salle de repos et d'un studio destiné aux remplaçants et aux stagiaires.

La MSP est gérée par une société civile de moyens (SCM).

Les services de santé à proximité sont les suivants :

- Centre hospitalier de Châteauroux,
- Clinique Saint-François située (Châteauroux),
- Institut ergothérapique Odette Richer (Saint-Maur),
- Centre psychothérapique de Gireugne (Saint-Maur),
- Centre départemental Les Grands Chênes pour personnes dépendantes (Saint-Maur),
- Maison de retraite Les trois rivières (Saint-Maur),
- Institut médico-éducatif Les martinets (Saint-Maur).

Divers

La commune de Saint-Maur se situe dans l'agglomération de Châteauroux, à 2h00 de Paris, 1h00 d'Orléans, 1h30 de Tours, 1h30 de Poitiers et 1h15 de Limoges.

- Pour plus d'information sur la maison de santé de Saint-Maur : <http://www.saint-maur36.fr/images/stories/pdf/maison-sante.pdf>
- Pour plus d'information sur la commune de Saint-Maur : <http://www.saint-maur36.fr/>
- Pour plus d'information sur l'agglomération de Châteauroux : <http://www.agglo-chateauroux.fr/> ou <http://www.chateaurouxen1clic.fr/>

Personne à contacter pour plus de renseignements

Julien BARBARIN
Directeur Général des Services
Commune de Saint-Maur
BP 26
36250 SAINT-MAUR
Courriel : contact@saint-maur36.fr
Téléphone: 02 54 08 26 30



AUVERGNE > RIOM-ÈS-MONTAGNES 02/04/15 - 20H02

Déçu par la défaite de sa femme aux élections, le docteur ferme son cabinet



Les élections

La maison de santé du Pays Gentiane ne compte désormais plus que deux médecins. Mais ceux-ci devraient recevoir le soutien d'un docteur roumain courant avril. - albisson andré

départementales ont laissé des traces à Riom-ès-Montagnes. Depuis lundi, le cabinet du docteur Daniel Robert est définitivement fermé. La raison : sa femme, candidate aux départementales, a été battue.

Depuis lundi, les habitants de Riom-ès-Montagnes ont perdu un de leurs trois médecins exerçant à la maison de santé du Pays Gentiane. Derrière cette fermeture : une sombre histoire de rancœur sur fond d'élections départementales.

« Je croyais à un coup de bluff »

En effet, à plusieurs reprises avant le résultat des urnes, le docteur Robert aurait menacé de quitter ses fonctions si sa femme Claudine, qui se présentait (associée au conseiller général sortant Jean Mage) n'était pas élue. « Jeudi soir, avant les élections, il m'a appelé chez moi pour me dire : "Si ça se passe mal, j'ai préparé un courrier pour l'ordre des médecins, et je ne reprendrai pas le travail", explique le maire de Riom-ès-Montagnes, François Boisset. Je croyais à un coup de bluff, je ne pensais pas qu'il allait mettre ses menaces à exécution. C'est dommage, sa patientèle se retrouve sans médecin et se trouve un peu affolée. »


Après avoir exercé pendant quarante ans à Riom-ès-Montagnes, le docteur Robert devait prendre sa retraite en juin. Il exerçait à la maison de santé du Pays Gentiane qui se trouve désormais dans une situation délicate.

Un docteur attendu courant avril

« Avec seulement deux médecins, on a atteint un seuil critique, souligne le docteur Bruno Mompeyssin, président du Conseil de l'ordre des médecins du département. Dans le Cantal, nous avons des difficultés majeures avec des praticiens fragilisés, certains subissant des burn-out. C'est pourquoi je ne porte pas d'avis péjoratif sur cet arrêt brutal. L'urgence pour nous est de trouver des

Annexe 32 - Annonce de recherche de médecin sur le bon coin

http://www.leboncoin.fr/offres_d_emploi/838682028.htm



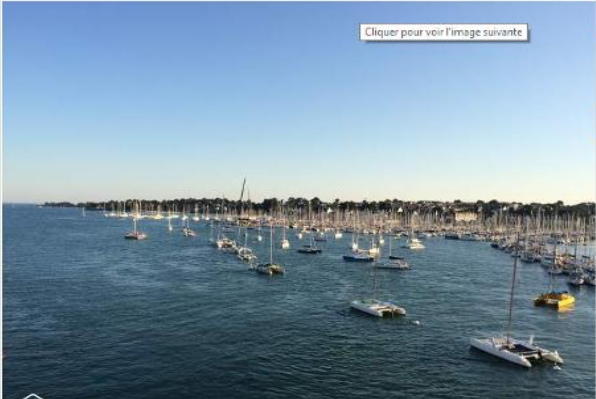
ANNONCES OFFRES D'EMPLOI
MORBIHAN

[Nouveau! > Créez votre compte](#)[> Mot de passe oublié ?](#)


[ACCUEIL](#) | [DÉPOSER UNE ANNONCE](#) | [OFFRES](#) | [DEMANDES](#) | [MES ANNONCES](#) | [BOUTIQUES](#) | [MON COMPTE](#) | [AIDE](#)

[Accueil](#) > [Morbihan](#) > [Offres d'emploi](#) > **RECHERCHE MEDECIN (s) GENERALISTE (S)**

RECHERCHE MEDECIN (s) GENERALISTE (S)



CONTACTER MAISON MEDICALE



Envoyer un email



Voir le numéro

GÉRER VOTRE ANNONCE


Modifier


Supprimer


Mettre en avant


Remonter en tête de liste

Annexe 33 - Taux de population en zones fragiles par région (DGOS, 2012)

Région	Valeur arbitrée par le cabinet pour l'indicateur zonage (% de la population)	Population légale 2008	Projection proposée population en zone fragile
11 - Île-de-France	7,00	11 659 260	816 148
21 - Champagne-Ardenne	10,58	1 338 004	141 501
22 - Picardie	17,30	1 906 601	329 876
23 - Haute-Normandie	9,00	1 825 667	164 310
24 - Centre	14,20	2 531 588	359 485
25 - Basse-Normandie	10,00	1 467 425	146 743
26 - Bourgogne	12,00	1 638 588	196 631
31 - Nord-Pas-de-Calais	4,03	4 024 490	162 232
41 - Lorraine	7,50	2 346 361	175 977
42 - Alsace	2,50	1 837 087	45 927
43 - Franche-Comté	11,59	1 163 931	134 900
52 - Pays-de-Loire	13,00	3 510 170	456 322
53 - Bretagne	5,57	3 149 701	175 452
54 - Poitou-Charentes	7,32	1 752 708	128 374
72 - Aquitaine	3,00	3 177 625	95 329
73 - Midi-Pyrénées	3,50	2 838 228	99 359
74 - Limousin	8,62	740 743	63 818
82 - Rhône-Alpes	10,00	6 117 229	611 723
83 - Auvergne	8,64	1 341 863	115 888
91 - Languedoc-Roussillon	2,19	2 581 718	56 597
93 - Provence-Alpes-Côte d'Azur	1,33	4 882 913	64 754
94 - Corse	5,95	302 966	18 039
France Métropolitaine	7,34	62 134 866	4 559 384

1 - Guadeloupe	33,93	401 784	136 321
2 - Martinique	14,87	397 693	59 149
3 - Guyane	100	219 266	219 266
4 - Mayotte	100	186 452	186 452
5 - Réunion	9,68	808 250	78 211

Annexe 34 - Après les maisons de santé... les villages de santé et les routes de santé

Le village de santé de Marseille

<http://www.villagesante13.com/>

Le village santé méditerranée qui ouvrira à la fin de l'année 2014 devrait regrouper près de 50 professionnels de santé sur le même lieu et proposera un accueil des urgences. Il est situé dans une zone franche urbaine. Tous les locaux ne sont pas encore réservés.

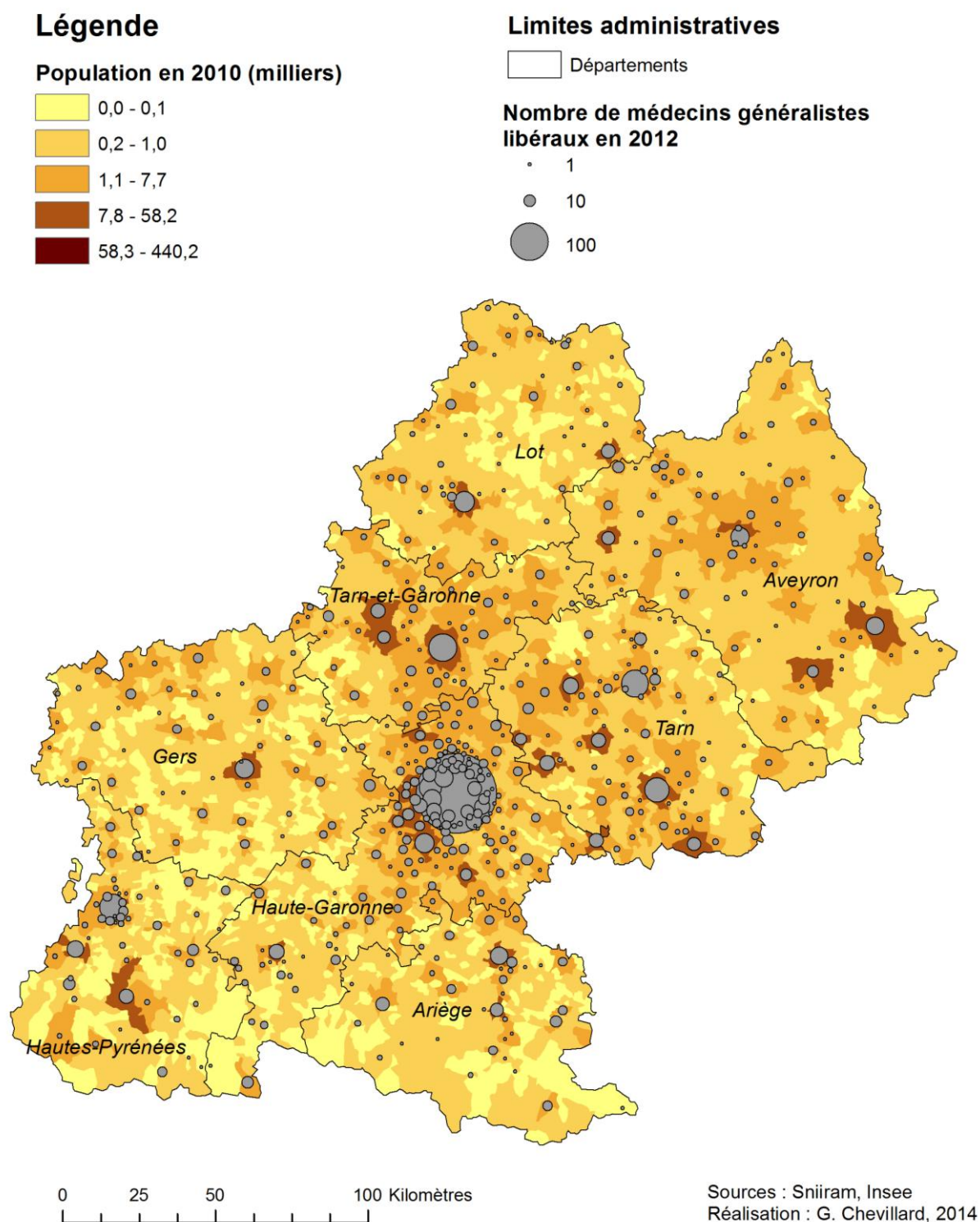
Les routes de santé dans le Massif-Central

<http://territoiresenresidences.wordpress.com/category/residences/residence-a-pionsat-vers-la-creation-dune-maison-de-sante/page/2/>

Annexe 35 - Exemple d'une maison de santé aux financements multiple : la maison de santé de Salles-Curan en Aveyron ouverte en 2008

Organisme, institution	Montant du financement (euros)
Union européenne (FEADER)	270 000
État (DDR)	317 638
Conseil régional	150 000
Conseil général	120 000
MSA	90 000
AGRICA	28 000
Communauté de communes Lévézou Pareloup	26 900
Réserve parlementaire	4 000
Autofinancement	735 000
Cout total	1 741 538
Source : http://www.europe-en-midipyrenees.eu/web/Europe/3796-soigner-en-milieu-rural.php#.VDLICfl_sRw	

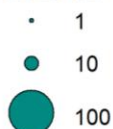
Annexe 36 - La répartition de la population et des médecins en Midi-Pyrénées



Annexe 37 - Évolution de la distribution communale en médecins généralistes libéraux en Midi-Pyrénées entre 2004 et 2012 comparativement à l'implantation des maisons de santé

Légende

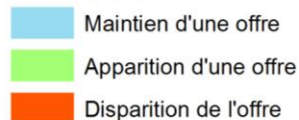
Nombre de médecins généralistes libéraux en 2012



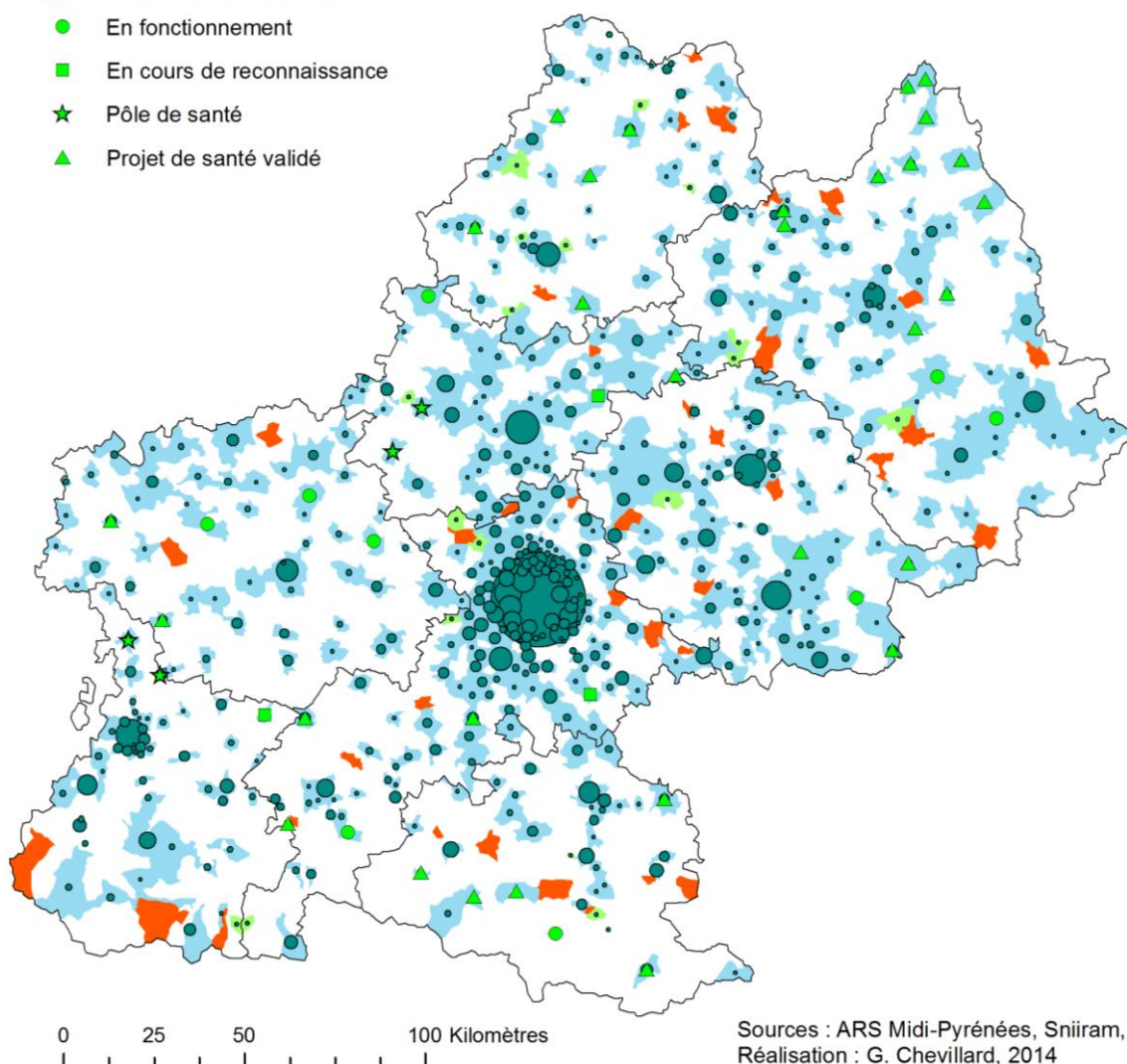
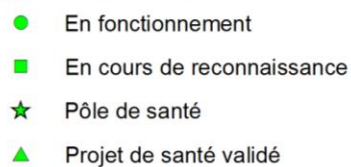
Limites administratives



Maillage communal en généralistes libéraux sur la période 2004-2012

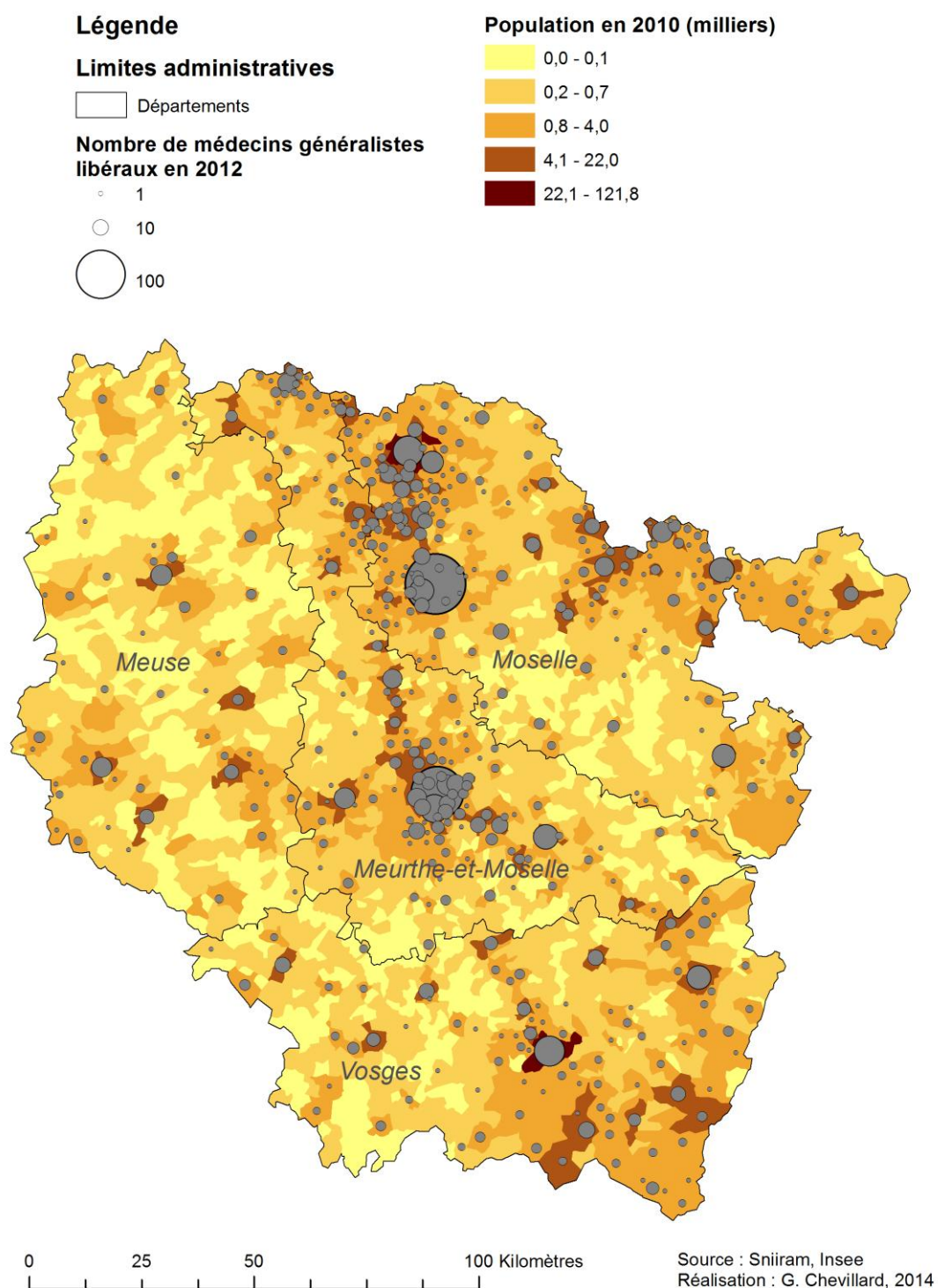


Type de maison de santé




Sources : ARS Midi-Pyrénées, Sniiram, Insee
Réalisation : G. Chevillard, 2014

Annexe 38 - La répartition de la population et des médecins en Lorraine





**Annexe 39 - Évolution de la distribution communale en médecins généralistes libéraux en Lorraine
entre 2004 et 2012 comparativement à l'implantation des maisons de santé**

Légende

 Limites départementales

Type de maison de santé

 Maison de santé ou structure apparentée

 Antenne de maison de santé

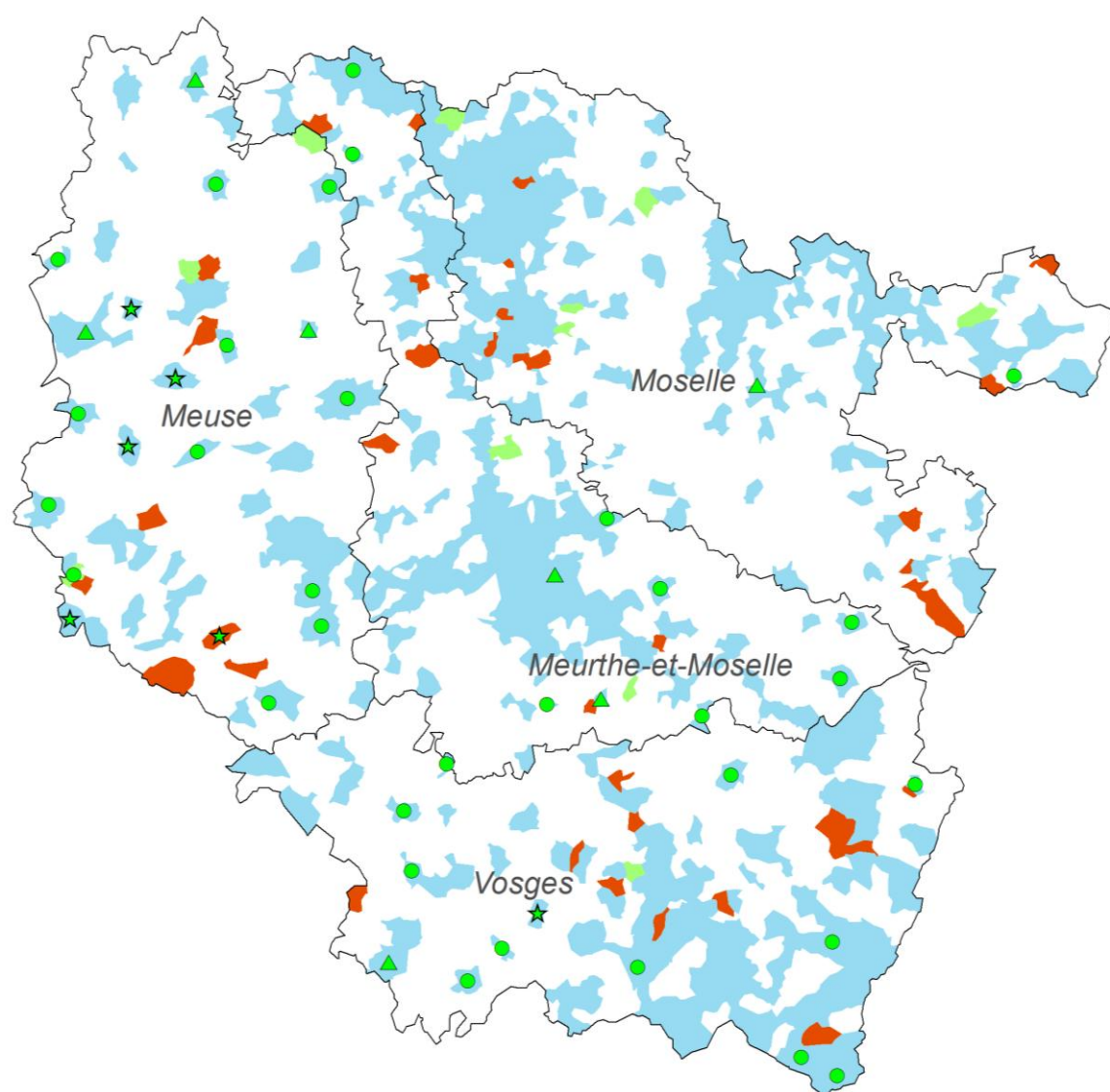
 Maison de santé en construction

**Maillage communal en généralistes libéraux
entre 2004 et 2012**

 Maintien d'une offre

 Apparition d'une offre

 Disparition de l'offre



0 25 50 100 Kilometers

Sources : ARS Lorraine, Insee, Sniiram
Réalisation : G. Chevillard, 2014

Annexe 40 - Densité de médecins généralistes libéraux en 2004 et 2012 selon les classes de la typologie des bassins de vie (sans regroupement)

Densités de MGL 2004 vs 2012	2004			2012			
Bassins de vie (classes 1)	Témoin	Cas	Diff. avant	Témoin	Cas	Diff. après	Diff. de Diff.
Moyenne	79.657	80.704	1.047	76.649	84.201	7.552	6.504
Ecart types	1.226	3.239	3.463	1.226	3.239	3.463	4.898
t	64.95	79.98	0.30	77.20	79.71	2.93	1.33
P> t	0.000	0.000	0.762	0.000	0.000	0.030**	0.185
Effectifs	272	39		272	39		
R-2							0.01068
Bassins de vie (classes 3)							Diff. de Diff.
Moyenne	77.791	76.377	-1.414	68.248	69.785	1.538	2.952
Ecart types	1.020	2.455	2.658	1.020	2.455	2.658	3.760
t	76.23	77.21	-0.53	68.44	68.04	-0.30	0.79
P> t	0.000	0.000	0.595	0.000	0.000	0.563	0.433
Effectifs	272	47		272	47		
R-2							0.06948
Bassins de vie (classes 4)							Diff. de Diff.
Moyenne	83.965	81.736	-2.229	73.577	73.654	0.077	2.306
Ecart types	1.144	2.648	2.885	1.144	2.648	2.885	4.080
t	73.39	83.12	-0.77	74.89	72.22	-1.43	0.57
P> t	0.000	0.000	0.440	0.000	0.000	0.979	0.572
Effectifs	225	42		225	42		
R-2							0.06019
Bassins de vie (classes 6)							Diff. de Diff.
Moyenne	105.102	97.379	-7.722	90.843	87.141	-3.702	4.021
Ecart types	1.825	3.672	4.101	1.825	3.672	4.101	5.799
t	57.60	103.00	-1.88	97.29	84.21	-6.74	0.69
P> t	0.000	0.000	0.060*	0.000	0.000	0.367	0.489
Effectifs	162	40		162	40		
R-2							0.08010

Annexe 41 - Différences de densité de médecins généralistes libéraux entre 2004-2008 et 2008-2012 selon les classes de la typologie des bassins de vie (sans regroupement)

Différence de densités de MGL	Avant (2004-2008)			Après (2008-2012)			Diff. de Diff.
Bassins de vie (classes 1)	Témoin	Cas	Diff. avant	Témoin	Cas	Diff. après	
Moyenne	-0.985	3.747	4.732	-2.023	-0.250	1.773	-2.959
Ecart types	0.680	1.795	1.920	0.680	1.795	1.920	2.715
t	-1.45	1.65	2.47	-2.51	1.06	3.19	-1.09
P> t	0.148	0.037	0.014**	0.003	0.889	0.356	0.276
Effectifs	272	39		272	39		
R-2							0.01496
Bassins de vie (classes 3)							
Moyenne	-3.455	-3.585	-0.130	-6.088	-3.006	3.082	3.212
Ecart types	0.604	1.454	1.574	0.604	1.454	1.574	2.226
t	-5.72	-3.54	-0.08	-7.81	-4.01	1.91	1.44
P> t	0.000	0.014	0.934	0.000	0.039	0.051*	0.150
Effectifs	272	47		272	47		
R-2							0.01755
Bassins de vie (classes 4)							
Moyenne	-4.428	-5.157	-0.729	-5.960	-2.925	3.035	3.764
Ecart types	0.730	1.689	1.840	0.730	1.689	1.840	2.603
t	-6.07	-4.86	-0.40	-6.53	-4.46	1.32	1.45
P> t	0.000	0.002	0.692	0.000	0.084	0.100*	0.149
Effectifs	225	42		225	42		
R-2							0.00723
Bassins de vie (classes 6)							
Moyenne	-7.011	-4.040	2.972	-7.248	-6.199	1.049	-1.923
Ecart types	1.198	2.412	2.693	1.198	2.412	2.693	3.809
t	-5.85	-5.78	1.10	-7.21	-5.07	2.26	-0.50
P> t	0.000	0.095	0.271	0.000	0.011	0.697	0.614
Effectifs	162	40		162	40		
R-2							0.00382

Annexe 42 - Densités de généralistes et de jeunes généralistes, distances aux généralistes en 2004 et en 2012, dans les espaces en dépeuplement des classes 3 et 4 (selon la présence ou non de maisons de santé

	2004			2012			Diff. de Diff.
Densités 2004 vs 2012	Témoïn	Cas	Diff. avant	Témoïn	Cas	Diff. après	
Moyenne	84.921	86.115	1.194	75.122	74.756	-0.366	-1.560
Ecart types	1.866	3.545	4.006	1.866	3.545	4.006	5.666
t	45.51	85.26	0.30	79.67	75.88	0.80	-0.28
P> t	0.000	0.000	0.766	0.000	0.000	0.927	0.783
Effectifs	83	23		83	23		
R-2							0.08345
Densités de jeunes généralistes 2004 vs 2012							Diff. de Diff.
Moyenne	20.265	21.528	1.263	11.695	11.468	-0.227	-1.490
Ecart types	1.328	2.523	2.851	1.328	2.523	2.851	4.032
t	15.26	20.77	0.44	13.81	12.37	0.74	-0.37
P> t	0.000	0.000	0.658	0.000	0.000	0.937	0.712
R-2							0.12179
Distance temps au médecin généraliste 2004 vs 2012							Diff. de Diff.
Moyenne	2.092	2.400	0.308	2.321	2.664	0.344	0.035
Ecart types	0.126	0.240	0.271	0.126	0.240	0.271	0.383
t	16.57	3.38	1.14	3.90	2.78	0.44	0.09
P> t	0.000	0.000	0.257	0.000	0.000	0.206	0.927
R-2							0.02413

Annexe 43 - Densités de généralistes, densité de jeunes généralistes et distance au généraliste en 2004 et en 2012, dans les espaces en dépeuplement des classes 5 et 6 (selon la présence ou non de maisons de santé)

	2004			2012			Diff. de Diff.
Densités 2004 vs 2012	Témoin	Cas	Diff. avant	Témoin	Cas	Diff. après	
Moyenne	116.155	100.307	-15.848	98.210	86.039	-12.171	3.677
Ecart types	4.246	7.105	8.277	4.246	7.105	8.277	11.706
t	27.36	113.92	-1.91	111.93	82.88	-15.40	0.31
P> t	0.000	0.000	0.057*	0.000	0.000	0.144	0.754
Effectifs	56	20		56	20		
R-2							0.10127
Densités de jeunes généralistes 2004 vs 2012							Diff. de Diff.
Moyenne	26.405	18.821	-7.584	10.556	13.650	3.094	10.677
Ecart types	2.015	3.460	4.004	2.015	3.460	4.004	5.663
t	13.10	24.21	-1.89	18.54	6.06	-4.92	1.89
P> t	0.000	0.000	0.060*	0.000	0.000	0.441	0.061*
R-2							0.18284
Distance temps au médecin généraliste 2004 vs 2012							Diff. de Diff.
Moyenne	3.075	3.015	-0.059	3.244	3.262	0.018	0.078
Ecart types	0.190	0.326	0.377	0.190	0.326	0.377	0.533
t	16.21	2.89	-0.16	3.97	3.42	0.15	0.15
P> t	0.000	0.000	0.875	0.000	0.000	0.961	0.884
R-2							0.00472

Tables des illustrations

Les cartes

Carte 1 - Carte de la densité communale de population en France en 2011.....	25
Carte 2 - Évolutions démographiques nettes des communes françaises entre 1968 et 2007 (Pistre, 2012).....	27
Carte 3 - Bassins de vie de l'espace à dominante rurale en dépeuplement entre 1999 et 2009, selon le taux de croissance annuel moyen de la population.....	31
Carte 4 - Types de communes selon leur niveau d'équipements et services en 2011	37
Carte 5 - Évolution de l'emploi salarié privé 2007-2008 dans les zones d'emploi (Davezies, 2010)	39
Carte 6 - Distribution communale en médecins généralistes libéraux entre 2004 et 2012	68
Carte 7 - Les communes très fragiles en médecins généralistes, selon le zonage en aire urbaine	71
Carte 8 - Zones déficitaires en matière d'offre de soins (Descours, 2003)	80
Carte 9 - Zones les moins bien dotées en médecins généralistes (ONDPS, 2004)	80
Carte 10 - Niveau de dotation des bassins de vie en omnipraticiens (CNAMTS, 2005).....	81
Carte 11 - Communes déficitaires en médecins généralistes (DHOS, 2005).....	81
Carte 12 - Niveau de dotation des bassins de vie et pseudo-cantons en généralistes libéraux (DHOS, 2005).....	82
Carte 13 - Répartition des maisons de santé métropolitaines selon la date d'ouverture	123
Carte 14 - Projets de maisons de santé recensés en 2014 selon l'état d'avancement	127
Carte 15 - Typologie socio-sanitaire des bassins de vie à dominante rurale en 6 classes	132
Carte 16 - Typologie des pseudo-cantons des espaces à dominante urbaine	139
Carte 17 - Typologie des communes équipées de médecins généralistes dans l'espace à dominante rurale	145
Carte 18 - Typologie des communes équipées de médecins généralistes dans l'espace à dominante urbaine (hors grands pôles urbains).....	147
Carte 19 - Les régions selon les types de situations supposées propices ou non à l'implantation de maisons de santé.....	152
Carte 20 - Localisation des terrains d'étude en Midi-Pyrénées	167

Carte 21 - Localisation des terrains d'étude en Lorraine	168
Carte 22 - Répartition des généralistes libéraux et évolution de leur maillage communal entre 2004-2012 en Midi-Pyrénées.....	181
Carte 23 - Répartition des généralistes libéraux et évolution de leur maillage communal en Lorraine	183
Carte 24 - Nombre de MSP en fonctionnement par bassin de vie de l'espace à dominante rurale en 2014.....	245

Les encadrés

Encadré 1 - Les 6 classes de bassins de vie	131
Encadré 2 - les 7 classes de pseudo-cantons.....	138
Encadré 3 - Les 5 classes de communes de l'espace à dominante rurale	144
Encadré 4 - Les cinq classes de communes de l'espace à dominante urbaine	146
Encadré 5- Extraits d'entretiens avec des médecins généralistes	188
Encadré 6 - Extraits d'entretiens avec des élus.....	201
Encadré 7 - Extraits d'entretiens	210
Encadré 8 - Extrait du Rapport Juilhard (2010)	221
Encadré 9 - Extraits d'entretiens avec des opposants aux maisons de santé	256
Encadré 10 - extraits d'entretiens relatifs aux difficultés de fonctionnement des maisons de santé	257

Les figures

Figure 1 - Taux de croissance annuel moyen de la population en France selon le type d'espaces (Bigard et Durieux, 2010)	26
Figure 2 - Densités de médecins généralistes par région en 2013 (Sicart, 2013)	62
Figure 3 - Densités de médecins généralistes par département en 2013 (Sicart, 2013)	62
Figure 4 - Bourse pour les internes de médecine générale dans l'Allier	84
Figure 5 - Bourse pour les internes de médecine en Charente	84
Figure 6 - La maison de santé d'Esquirol fondée en 1817 (Dr. P. Dheur)	91
Figure 7 - Couverture de l'ouvrage sur l'asile de Stéphanseld	91
Figure 8 - Récapitulatif des différentes aides pour le financement de maisons de santé	98
Figure 9 - Les échelles retenues dans l'analyse de l'implantation des maisons de santé	117
Figure 10 - Méthodologie du choix des communes pour les terrains	166
Figure 11 - Les acteurs ciblés selon les échelles d'analyse (Réalisation : G. Chevillard, 2013)	170
Figure 12 - Vue d'Aspet	184
Figure 13 - Vue de Vic-Fezensac	185
Figure 14 - Vue de Stenay	186
Figure 15 - Vue de Vicherey	187
Figure 16 - Lorraine : mode de sélection des projets de maisons de santé financées dans le cadre du plan d'équipement en milieu rural	194
Figure 17 - Midi-Pyrénées : mode de sélection des projets de maisons de santé financées dans le cadre du plan d'équipement en milieu rural	194
Figure 18 - Un projet retardé à cause de vestiges romains	208
Figure 19 - L'analyse de l'évolution de la densité de médecins généralistes dans les zones avec et sans maisons de santé	227
Figure 20 - Accueil des maisons de santé d'Aspet et Vicherey	249
Figure 21 - La maison de santé de Vicherey (88)	251
Figure 22 - La maison de santé de Vic-Fezensac (32)	251
Figure 23 - La maison de santé d'Aspet (31) et le cabinet d'infirmières associées	251

Figure 24- Signalétique pour les maisons de santé d'Aspet (31) et Damvillers (55)	252
Figure 25 - Plaques des professionnels exerçant dans deux maisons de santé	253
Figure 26 - Un cabinet de médecin généraliste dans la maison de santé de Vic-Fezensac (32)	255
Figure 27 - Accueil du site internet de la communauté de communes d'Artagnan en Fezensac	260
Figure 28 - Article dans la Dépêche du Midi sur l'ouverture de la maison de santé d'Aspet	261
Figure 29 - Article dans l'Est républicain de l'ouverture de la maison de santé de Damvillers	262
Figure 30 - Demandes nouvelles en services des nouveaux habitants en territoire rural (Caisse des dépôts, 2005).....	263

Les graphiques

Graphique 1 - Nombre d'habitants selon les pôles de services	36
Graphique 2 - Évolution du numerus clausus en France selon les professions (source : Eco-santé) ...	59
Graphique 3 - Évolution des densités de médecins généralistes entre 1970 et 2004 dans 5 pays de l'OCDE	60
Graphique 4 - Communes « désertées » selon le nombre de médecins par commune en 2004	65
Graphique 5 - Nombre de communes très fragiles en médecin généraliste selon le zonage en aire urbaine	69
Graphique 6 - Part de population dans une commune très fragile en médecin généraliste selon les régions	70
Graphique 7 - Part de population dans une commune « désertée » ou très fragile en médecin généraliste selon les régions	74
Graphique 8 - Nombre de maisons de santé ouvertes par région (Source : DGOS)	122
Graphique 9 - Nombre de maisons de santé en projet par région selon l'état d'avancement	125
Graphique 10 - Nombre de maisons de santé ouvertes et en projet par région	126
Graphique 11 - Répartition des maisons de santé en 2013 et 2014 au sein des classes issues de la typologie des bassins de vie de l'espace à dominante rurale (EDR)	134
Graphique 12 - Répartition des maisons de santé en 2013 et 2014 au sein des classes issues de la typologie des pseudo-cantons de l'espace à dominante urbaine (EDU)	141
Graphique 13 Répartition des maisons de santé au sein des classes de la typologie des communes de l'espace à dominante rurale	148
Graphique 14 - Répartition des maisons de santé au sein des classes de la typologie des communes de l'espace à dominante urbaine	149
Graphique 15 - Nombre de MSP selon le type de bassins de vie et le type de communes	150

Les tableaux

Tableau 1 - Caractéristiques des communes « désertées » entre 2004 et 2012 selon le zonage en aire urbaine	65
Tableau 2 - Caractéristiques des communes équipées de médecins généralistes libéraux entre 2004 et 2012 selon les régions.....	66
Tableau 3 - Principales variables des types de bassins de vie.....	136
Tableau 4 - Tableau récapitulatif des situations supposées propices ou non à la localisation de maisons de santé.....	151
Tableau 5 - La matrice CAPE appliquée aux acteurs concernés par les projets de maisons de santé (Piveteau, 2010)	169
Tableau 6 - Les acteurs en situation de type projet (Gumuchian, 2003) : application aux maisons de santé	169
Tableau 7 - Les acteurs nationaux : récapitulatif des attentes et craintes vis à vis des MSP.....	179
Tableau 8 - Récapitulatifs des systèmes locaux d'acteurs en situation de projet.....	203
Tableau 9 - Les densités de médecins généralistes libéraux (MGL) en 2004 et 2012 dans les classes de bassins de vie, selon la présence de maisons de santé.....	231
Tableau 10 - Les différences de densités de médecins généralistes libéraux (MGL) entre 2004-2008 et 2008-2012 dans les classes de bassins de vie, selon la présence de maisons de santé	231
Tableau 11 - Les densités de médecins généralistes libéraux (MGL) de moins de 45 ans en 2004 et 2012 dans les classes de bassins de vie, selon la présence de maisons de santé.....	233
Tableau 12 - Les différences de densités de médecins généralistes libéraux (MGL) de moins de 45 ans entre cas et témoins, entre 2004-2008 et 2008-2012, selon les classes de bassins de vie	233
Tableau 13 - Les distances temps aux médecins généralistes libéraux (MGL) 2004 et 2012 dans les classes de bassins de vie, selon la présence de maisons de santé.....	235
Tableau 14 - Les différences de distance temps aux médecins généralistes libéraux entre 2004-2008 et 2008-2012 dans les classes de bassins de vie, selon la présence de maisons de santé	235
Tableau 15 - Densités de généralistes, de généraliste de moins de 45 ans et distance au généraliste en 2004 et en 2012 dans l'ensemble des espaces en dépeuplement, selon la présence ou non de maisons de santé.....	237
Tableau 16 - Différences de densités et de distances au généraliste entre 2004-2008 et 2008-2012 dans l'ensemble des espaces en dépeuplement, selon la présence ou non de maisons de santé.....	237

Tableau 17 - Différence de densités et d'évolution de la distance au généraliste entre 2004-2008 et 2008-2012 dans les espaces en dépeuplement des classes 3 et 4 (selon la présence ou non de MSP)	239
Tableau 18 - Différence de densités et d'évolution de distance au généraliste entre 2004-2008 et 2008-2012 dans les espaces en dépeuplement des classes 5 et 6(selon la présence ou non de MSP)	239
Tableau 19 - Les densités de médecins généralistes libéraux (MGL) en 2004 et 2012 entre cas et témoins selon les classes de pseudo-cantons	241
Tableau 20 - Les évolutions de densités de médecins généralistes libéraux (MGL) entre 2004-2008 et 2008-2012 dans les classes de pseudo-cantons selon la présence de maisons de santé	241

Dynamiques territoriales et offre de soins : l'implantation des maisons de santé en France métropolitaine

Les médecins généralistes libéraux sont inégalement répartis en France depuis longtemps. Ces inégalités se renforcent au détriment d'espaces moins attractifs. Des zones avec des difficultés d'accès aux soins, urbaines et rurales, apparaissent ou s'étendent. Depuis 2008, les pouvoirs publics accompagnent financièrement les maisons de santé pluriprofessionnelles en espérant qu'elles attirent et maintiennent des médecins dans ces espaces.

Cette recherche étudie dans quelle mesure l'espace et le territoire participent à l'implantation de MSP, et en retour quels sont les effets de ces structures sur les espaces et territoires concernés. L'implantation des MSP et leurs effets seront étudiées à différentes échelles géographiques à partir d'approches quantitative et qualitative. Au plan quantitatif, l'analyse spatiale des MSP utilise plusieurs outils (typologies et SIG). Ceci est complété par plusieurs terrains dans lesquels il s'agit d'étudier la place des MSP dans des régions et territoires donnés, en recueillant les témoignages des principaux acteurs concernés. Les effets des MSP sur l'offre de soins sont étudiés sur le territoire métropolitain selon une approche nationale comparant l'évolution de la densité de généralistes libéraux dans des espaces avec MSP comparativement à des espaces « similaires » sans MSP. La conduite de terrains dans deux régions vient compléter et discuter les résultats.

Mots clés : espace défavorisé, espace fragile, espace rural, évaluation de politiques publiques, géographie de la santé, maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), soins de premiers recours, médecins généralistes libéraux.

Territorial's dynamics and health care: localisation of primary care team in metropolitan France

Summary: France faces an old and persistent problem, which is geographical imbalance of general practitioners. This uneven distribution grows at a steady pace due to less attractive areas. New urban and rural areas are emerging with limited access to primary health care, while existing ones grow even bigger. Since 2008, the liberal primary care team (PCT) are financially supported by the public authorities. They hope this structure will attract and retain general practitioner in the aforementioned areas.

This study aims to explore how the space and the territory contribute to the localisation of PCT and how these structures affect spaces and territories. Localisation and impact of PCT are studied at different level, using quantitative and qualitative approaches. Spatial analysis of PCT is based on several tools such as SIG and typology in synergy with field investigation in two French regions. Effects of PCT on general practitioner density are studied on a national scale comparing the evolution of this density in space with PCT and similar space without PCT. The results are completed with field investigation.

Key words: deprived areas, general practitioner, health geography, primary care team(s), public policies, underserved areas, rural areas.